



RESUMEN

La presente investigación cualitativa, tiene varios objetivos, como el conocer por medio de entrevista cuál es la Ruta Crítica por la que atraviesan las personas que han padecido de Anorexia o Bulimia en la adolescencia, así como la experiencia de sus padres, a fin de establecer las características de este proceso. Como segundo objetivo se trabaja con encuestas aplicadas a profesionales de la salud que brindan atención a pacientes con estas patologías para obtener datos sobre la atención que se brinda y los detalles sobre el tratamiento que aplican en dichas circunstancias.

Un tercer objetivo es hacer una revisión bibliográfica sobre el tema y contrastarla con la narración de las jóvenes y sus padres. Se trabaja con una muestra por saturación tanto de pacientes como de profesionales, estableciendo una discusión entre la percepción de la vivencia misma dentro de la Anorexia y la Bulimia y la visión del trabajo de profesionales como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas entre otros.

Podemos observar como resultados obtenidos la disfuncionalidad en las relaciones familiares, la falta de madurez de los y las adolescentes para enfrentar situaciones psicológicas, sentimentales o afectivas, la misma que puede ser por inseguridad o mala autoestima o por extrema presión ejercida generalmente por una madre controladora.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1	13
INTRODUCCIÓN	14
LA ADOLESCENCIA.	22
LA ANOREXIA NERVIOSA	30
LA BULIMIA NERVIOSA	51
TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	68
TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LA IMAGEN CORPORAL	85
CAPITULO 2	88
METODOLOGÍA	89
CAPÍTULO 3	91
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	92
LA VIVENCIA EN LA ANOREXIA Y LA BULIMIA	93
EL APORTE DE LOS FAMILIARES.	110
ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS REALIZADAS A PROFESIONALES QUE BRINDAN ATENCIÓN EN TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN.	117
CAPÍTULO 4	129
DISCUSIÓN	130
COMORBILIDADES PRESENTES EN LOS CASOS ESTUDIADOS	132
CAPÍTULO 5	138
RECOMENDACIONES.....	139
CAPÍTULO 6	142
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	150



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADOS
MAESTRIA EN SALUD DEL/LA ADOLESCENTE

ESTUDIO DE LA RUTA CRÍTICA EN ANOREXIA Y BULIMIA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MAGISTER EN
SALUD DEL/LA ADOLESCENTE

AUTORA: ***Lcda. Ma. Cristina Proaño C.***

DIRECTOR: ***Dr. Guido Pinos A.***

Cuenca – Ecuador

2010



RESPONSABILIDAD.

La autora de esta tesis se responsabiliza por los criterios y conceptos vertidos en la investigación.

Lcda. Ma Cristina Proaño C.



AGRADECIMIENTO

El pensar en las muchas personas que han colaborado en este proceso me lleva a la nostalgia. Es recordar el tiempo que ha transcurrido y los buenos seres con los que me he encontrado y que de una u otra manera contribuyeron a mis ideales.

A la Maestría en Salud del/la Adolescente, por hacer posible un sueño de hace casi 9 años, cuando en la primera edición me dio la pauta de camino profesional que deseaba seguir y hoy se hace posible al culminar estos dos años de estudio.

Al Doctor Guido Pinos Abad por su guía, su apoyo y por su sincera colaboración en la dirección de tesis. A la Doctora Nancy Auquilla quien a más de de ser directora de la Maestría me ha facilitado su trabajo de investigación para poder completar el mío.

A todos los psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, psicoanalistas y hebeatras que me han entregado sus datos de consulta para hoy tener un punto de referencia.

Al Cedfi que confió en mí y me dio la oportunidad de experimentar lo que aprendía con mis chicos de Décimo de Básica y a todos mis amigos que de una u otra manera me han apoyado.

A esas chicas y en especial a sus padres que contribuyeron con su experiencia y me dieron muestras de lo que hay, de lo que falta y de lo que se puede hacer. A Fer quien me abrió las puertas de su alma y de su recuerdo... y hoy es una amiga entrañable...

A mis padres, Juan Carlos, Juliana y Juan Bernardo, por todo ese tiempo que les falté, por la comprensión que me han dado. A mi hermana y a todas esas personas que cuidaron de mis pequeños hijos cuando yo estaba en la maestría...



DEDICATORIA.

Dedico este esfuerzo a mis hijos, futuros adolescentes.... Con quienes pondré en práctica la teoría aprendida en estos años

A Ma. Caridad participe de mis experimentos y trabajos...

A Santi, Martin, Ale, Tomás y Daniela niños que inspiran mi interés por los jóvenes...

A todos los jóvenes que han pasado por las aulas y con quienes he compartido clase y a los muchos que vendrán...A ellos mi trabajo.



ÍNDICE

RESPONSABILIDAD.....	3
AGRADECIMIENTO	4
DEDICATORIA.....	5
ÍNDICE	6
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
CAPÍTULO 1	13
INTRODUCCIÓN	14
MARCO TEÓRICO.....	21
LA ADOLESCENCIA.....	22
Concepto Fisiológico.....	23
Concepto Bioenergético.....	23
Concepto Psicológico.....	23
Concepto Socio – Cultural	24
ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.....	24
TEORÍAS SOBRE EL PROCESO DE LA ADOLESCENCIA.....	25
TEORÍA PSICOANALITICA.....	26
TEORÍA CONDUCTISTA.....	27
TEORÍA SOCIOLÓGICA.....	27
TEORÍA PIAGETIANA.....	28
LA ANOREXIA NERVIOSA.....	30
DEFINICIONES	30
DATOS HISTÓRICOS	31
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA.....	32
ETIOLOGIA Y PATOGENIA DE LA ANOREXIA.....	33
LA RELACION FAMILIAR EN LA ANOREXIA.....	34
FACTORES DE RIESGO PARA LA ANOREXIA NERVIOSA.....	36



Factores Individuales	36
Factores Familiares.....	37
Factores Socio-culturales.....	38
Eventos Vitales Adversos	39
FACTORES DESENCADENANTES Y PERPETUANTES DE LA ANOREXIA	39
Dieta.....	39
Factores Mantenedores	40
SUBTIPOS DE LA ANOREXIA	40
CURSO DE LA ANOREXIA	41
EFFECTOS DE LA ANOREXIA	42
EFECTOS FÍSICOS.....	42
ALTERACIONES ENDÓCRINAS	44
EFECTOS PSICOLÓGICOS.....	45
RESULTADOS DE LABORATORIO	47
CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ANORÉXICOS	48
ANOREXIA COMO UN SINTOMA OBSESIVO.....	48
ANOREXIA Y DEPRESIÓN	49
LA BULIMIA NERVIOSA.....	51
DEFINICIONES	51
DATOS HISTÓRICOS	52
CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	52
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA	53
ETIOLOGIA Y PATOGENIA DE LA BULIMIA	55
FACTORES DE RIESGO PARA LA BULIMIA NERVIOSA	56
Tendencia a la depresión o al uso de sustancias	56
Predisposición biológica a la obesidad	57
Educación en el mundo occidental	57
Algunas Profesiones	59
Alteración de los Neurotrasmisores Cerebrales.....	59
Otros factores individuales que predisponen a la bulimia	59
FACTORES DESENCADENANTES Y PERPETUANTES DE LA BULIMIA	60
SUBTIPOS DE LA BULIMIA	60



CURSO DE LA BULIMIA NERVIOSA	61
EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA BULIMIA	62
COMORBILIDADES PRESENTES EN LA BULIMIA.....	65
TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	68
TRATAMIENTO AMBULATORIO.....	68
TERAPIA PSICODINÁMICA	69
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL	71
Disminución de la frecuencia de actividad física.....	72
TERAPIA NUTRICIONAL.....	75
TERAPIA GRUPAL	77
ARTETERAPIA	78
TERAPIA FAMILIAR	79
FARMACOTERAPIA.....	80
TRATAMIENTO HOSPITALARIO	82
CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO RECOMENDADO EN ANOREXIA Y BULIMIA.....	84
TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LA IMAGEN CORPORAL.....	85
Relajación	85
CAPITULO 2	88
METODOLOGÍA	89
CAPÍTULO 3	91
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	92
LA VIVENCIA EN LA ANOREXIA Y LA BULIMIA	93
EL CASO DE “FEI”.....	94
EL CASO DE “LULY”	96
EL CASO DE “LOLÓ”.....	97
EL CASO DE “MICHELLE”.....	101
EL CASO DE “GABRIELA”.....	102



EL CASO DE “CAMILA”..... 106

COMENTARIO..... 110

EL APOORTE DE LOS FAMILIARES..... 110

LA EXPERIENCIA DE FABIÁN..... 111

LA EXPERIENCIA DE JUANA..... 114

ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS REALIZADAS A PROFESIONALES QUE BRINDAN ATENCIÓN EN TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN. 117

 CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ENTREVISTADO..... 117

 TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO 123

 ATENCIÓN BRINDADA EN ANOREXIA Y BULIMIA..... 125

CAPÍTULO 4 129

DISCUSIÓN 130

 COMORBILIDADES PRESENTES EN LOS CASOS ESTUDIADOS 132

CAPÍTULO 5 138

RECOMENDACIONES 139

CAPÍTULO 6 142

BIBIOGRAFÍA CONSULTADA..... 150



RESUMEN

La presente investigación cualitativa, tiene varios objetivos, como el conocer por medio de entrevista cuál es la Ruta Crítica por la que atraviesan las personas que han padecido de Anorexia o Bulimia en la adolescencia, así como la experiencia de sus padres, a fin de establecer las características de este proceso. Como segundo objetivo se trabaja con encuestas aplicadas a profesionales de la salud que brindan atención a pacientes con estas patologías para obtener datos sobre la atención que se brinda y los detalles sobre el tratamiento que aplican en dichas circunstancias. Un tercer objetivo es hacer una revisión bibliográfica sobre el tema y contrastarla con la narración de las jóvenes y sus padres.

Se trabaja con una muestra por saturación tanto de pacientes como de profesionales, estableciendo una discusión entre la percepción de la vivencia misma dentro de la Anorexia y la Bulimia y la visión del trabajo de profesionales como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas entre otros.

Podemos observar como resultados obtenidos la disfuncionalidad en las relaciones familiares, la falta de madurez de los y las adolescentes para enfrentar situaciones psicológicas, sentimentales o afectivas, la misma que puede ser por inseguridad o mala autoestima o por extrema presión ejercida generalmente por una madre controladora.



ABSTRACT

This qualitative investigative work has different objectives as to know by an interview the Critic Route Anorexic or Bulimic people go through, as their parents' experience, to establish the process characteristics. As a second objective I worked by an opinion poll with different health professionals who work with this kind of patients with these pathologies to obtain some information about the attention they give and some details about the treatment applied in these circumstances. A third objective is to do a bibliographic research about the theme and contrast it with the young girls and their parents' narration.

The investigation is made with a sample by saturation in patients' cases as well as professionals work, and then it has a discussion between de Anorexics and Bulimics experience perception and the point of view of professionals as psychologists, psychiatrists, and nutritionists among others.

We can name as the obtained results the dysfunctional family relationships, the lack of maturity in adolescents to face off psychological, sentimental or affective situations, because of low self esteem or insecurity o extreme oppression infringed generally by a controlling mother.





CAPÍTULO 1



INTRODUCCIÓN

El interés por el estudio de la Anorexia y Bulimia nace en mí, hace 8 años aproximadamente, cuando laboraba en un colegio femenino de la ciudad de Cuenca y observaba que varias jóvenes no disfrutaban de un refrigerio a media mañana, sino mejor consumían la mayor cantidad de agua posible y la propietaria del bar comentaba su poca ganancia frente al bajo nivel de ventas en el área del colegio.

Hice ya una investigación en el año 2003, sobre los Trastornos de Alimentación en estudiantes de cuartos, quintos y sextos cursos del colegio en donde trabajaba, aplicando encuestas a una muestra aleatoria de alrededor del 60% del estudiantado, en la cual no coincidieron estar ninguna de las chicas que sabíamos cursaban por cuadros anoréxicos severos. Obtuvimos un porcentaje del 41% de casos de la muestra que si bien no cumplía con los criterios para un diagnóstico de Anorexia, Bulimia u Ortorexia, daban muestras claras de buscar la delgadez a cualquier precio y valorar a la imagen corporal como un componente importante para el éxito social.

En esta ocasión mi interés iba más allá, crear un espacio de atención para estas jóvenes y sus familias, en donde puedan encontrar las respuestas adecuadas a las tantas interrogantes que tienen y a la vez alcanzar el alivio a los síntomas físicos y sobre todo a los psicológicos, que actúan como factores mantenedores de dichas patologías. El camino que se me trazaba al frente era largo y oscuro, por lo que consideré de importante relevancia el completar mi estudio teórico al tener ahora una perspectiva mucho más amplia respecto a la adolescencia e introducirme en el mundo de las anoréxicas y bulímicas para debelar sus sensaciones y emociones durante las crisis que habían atravesado. Bastante era ya lo que estaba obteniendo, pero me faltaba un componente esencial para completar la investigación, buscar la triada perfecta al consultar con los profesionales que brindan atención en estos casos y conocer también la vivencia de esos padres que no comprenden los motivos por los cuales sus hijos o hijas atraviesan por situaciones como estas, que hicieron ellos mal o que faltó por hacer con estos



chicos para que hayan caído en tan tremendas garras de la muerte al rechazar el alimento, el crecimiento y toda característica que represente la maternidad y la vida. Muchos son los casos de intentos de suicidio de maneras inimaginables, indoloras bajo la tortuosa vida que creían llevar las personas con Anorexia o Bulimia. Muchos son los meses en los que acudieron a terapia a la fuerza, impulsados por un deseo ajeno para estos pacientes, presionados por sus padres que buscan ayuda, una mano tendida que les ayuda a salir del pozo en el que han caído. Muchos son también los casos que inesperadamente alcanzaron ver la luz al fin del camino y hoy muy valientemente dan su testimonio para salvar nuevas vidas que están en peligro. A ellos mi admiración, respeto y agradecimiento.

Después de horas de conversación, viajes realizados para visitar gente experimentada en el tema, períodos de trabajo frente a una computadora, y varias consultas realizadas a los entendidos en investigación, percibí que el analizar la atención que se da en los trastornos de la conducta alimentaria y contraponerla con la vivencia dentro de estos era ya suficiente motivo de estudio... es por eso que hoy muestro el presente estudio cualitativo.

El presente trabajo está dividido en dos partes: Una es una revisión bibliográfica, en donde definimos la adolescencia, las alteraciones de la conducta alimentaria como la Anorexia y la Bulimia, con sus respectivas características, y curso de la enfermedad, más los diferentes planteamientos de terapia que se manejan en la actualidad para subsanar dichas patologías. Una segunda parte descriptiva, narrativa en la que señalamos aspectos relevantes sobre la vivencia de la anorexia y bulimia y el tipo de atención recibida en el Ecuador. Esta tesis está organizada por capítulos, de acuerdo a los temas antes mencionados:

Un primer capítulo define la adolescencia según varios enfoques, las etapas en la que esta se divide, las teorías sobre el proceso de adolescencia, como la psicoanalítica, sociológica y piagetiana.

En el segundo capítulo, encontramos la definición de Anorexia como un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, prepúberes, mujeres mayores, y en menor medida, a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura, y amenorrea en la



mujer o pérdida de interés sexual en el varón. Observamos también datos históricos sobre la misma, los criterios para su diagnóstico, etiología, relación familiar, factores de riesgo, factores desencadenantes o perpetuantes, los efectos físicos y psicológicos de padecerla, y la Anorexia relacionada con la obsesión y la depresión.

El tercer capítulo contiene datos sobre la Bulimia, que es un trastorno de la conducta alimentaria en la que se presentan episodios de voracidad frecuente, seguidos de vómito autoinducido, uso de laxantes y/o diuréticos o cualquier acto realizado con el fin de prevenir el aumento de peso. Muestra también los datos históricos, sus características generales, los criterios diagnósticos, etiología, factores de riesgo, factores desencadenantes y perpetuantes, sus efectos y la relación de la Bulimia con la depresión.

El cuarto capítulo presenta reseñas sobre los tratamientos utilizados para los trastornos de la conducta alimentaria. Entre estos tenemos los de tipo ambulatorio: La terapia psicodinámica, cognitiva conductual, terapia nutricional, grupal, arte terapia, farmacoterapia. Respecto al tratamiento hospitalario, se describe el Hospital de Día y el Internamiento Completo, los criterios para la hospitalización. Como un tercer punto se analiza los tratamientos utilizados para la imagen corporal.

El quinto capítulo nos introduce en la vivencia de la anorexia y la bulimia, presentándonos casos de algunas mujeres que han sufrido de estas patologías en la adolescencia y las contrasta con la experiencia vivida por sus padres. Al final de este hacemos un análisis de la situación desde las dos perspectivas.

En el sexto capítulo describimos datos sobre la atención que brindan diferentes profesionales que tienen práctica en estos casos, analizamos las características de trabajo de los expertos encuestados, su profesión, estilo de trabajo, el cual mayoritariamente es de forma unilateral, pocos son los médicos que realizan atención integral e interdisciplinaria, lo que representa un costo indescriptible para los padres de familia. Aproximadamente la cuarta de los encuestados trabajan en centros que brindan atención en Trastornos de Alimentación, que se visualiza como 3 profesionales en la ciudad de Quito, uno en la ciudad de Cuenca. Posteriormente tocamos el tema de actitud de los pacientes como de sus familiares frente al tratamiento y la relación que llevan estos chicos con sus padres y el medio en general, así como datos específicos del trabajo multidisciplinario, como es el



mecanismo para un diagnóstico, y los exámenes solicitados, o detalles sobre el tratamiento ambulatorio.

Finalmente presentamos ciertas recomendaciones basadas en la narración de las anoréxicas y bulímicas, la de sus padres en corroboración con la investigación teórica que hemos realizado.

Espero que este trabajo investigativo de pie a futuros esfuerzos a fin de facilitar una mejor atención a las personas que sufren de estos trastornos y también apoyo psicológico a los padres, que como nos han contado, no encuentran la salida a tan difícil situación.



PLANTEAMIENTO DEL TEMA

Realizar un proyecto integral para adolescentes conlleva gran esfuerzo profesional, de infraestructura, organizacional y económico, por lo que consideramos de mucha utilidad hacer una investigación orientada a los y las adolescentes que sufren trastornos de alimentación, estudiar la atención médica y psicológica, así como el control pormenorizado de alimentación que reciben, o analizar también el sistema de información y acompañamiento a las familias que atraviesan por estos casos, con el fin de prepararlos para caminar de la mano con las personas que lo necesitan.

Vemos que los desórdenes alimenticios en la actualidad han tomado auge en los jóvenes, por lo que consideramos necesario analizar casos típicos de personas que han sufrido estos trastornos en la adolescencia y en la actualidad se encuentran asintomáticos.

JUSTIFICACIÓN

La transición que implica el dejar la infancia y aceptar la responsabilidad de la adultez, de una carrera, establecer una familia, requieren un acompañamiento focalizado para llegar a una posible resolución pacífica de la adolescencia. Pero este acompañamiento no debe estar encaminado solo a los chicos, son los padres quienes requieren información sobre el por qué de los cambios comportamentales de sus hijos, para poderlos guiar de mejor manera y tener claridad en el motivo de sus actos, más aún si estos jóvenes padecen de algún desorden alimenticio. Es pertinente participarles las causas de los trastornos alimenticios y las pautas a seguir para ayudarlos en el proceso de recuperación.

Actualmente, son los pediatras o los médicos clínicos quienes cubren la ausencia de profesionales enfocados en adolescentes y de presentar TCA, estos son remitidos a psiquiatras o psicólogos, que no tienen un enfoque en adolescencia. No debemos olvidar que los jóvenes tienen necesidades específicas por su edad que se



requieren cumplir. Adicionalmente en la ciudad de Cuenca no contamos con un lugar especializado en desórdenes alimenticios.

Dentro de las anomalías físicas que se pueden presentar en estos trastornos, se encuentran deficiencias nutricionales, déficits hormonales generados por el bajo peso, alteraciones en la percepción de su cuerpo, etc. En el ámbito psicológico pueden ser dificultades sociales con padres, con personas de la misma edad, del sexo opuesto, dificultades con la autoimagen, reacción a situaciones de stress, entre otras.

Es necesario considerar la parte psicológica de los jóvenes, por lo general factor desencadenante de desequilibrios físicos más graves. Como desglosaremos posteriormente, podemos decir que los Trastornos de Alimentación y los de ansiedad están generalmente ligados, la Bulimia se puede presentar por situaciones emocionales, sociales y clínicas que producen episodios de ingesta exagerada en una persona. La Ortorexia se está convirtiendo en una alteración en auge para la juventud que demuestra una preocupación exagerada en la calidad de comida que ingiere y la cantidad de calorías que esta contiene, poniendo en riesgo su requerimiento calórico y nutricional, generando debilidad y por consiguiente enfermedades leves como un catarro o inclusive anemias severas.

Un Centro de Atención Integral para Trastornos de Alimentación tomaría muy en cuenta el factor físico como psicológico, importantes para los individuos aliándolos de manera sistémica, mancomunada, con el empleo de un mismo idioma y sobre todo con un esfuerzo fusionado, no solo de los profesionales sino principalmente de los afectados por estos trastornos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Realizar un estudio de la Ruta Crítica de las personas con Trastornos de Alimentación en Cuenca y el Ecuador, enmarcar los aspectos relacionados con los problemas psicológicos, nutricionales y físicos que puedan presentar en la adolescencia por esta alteración e identificar la atención profesional que se brinda en el país.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Estudiar de Ruta Crítica en pacientes que hayan sufrido de estos trastornos.
- Realizar una investigación con profesionales que brinden atención en trastornos de alimentación y en base a un formulario a fin de obtener datos de los servicios prestados.
- Determinar cuál es el sistema de soporte familiar del adolescente en ese momento.
- Establecer a nivel profesional la comorbilidad existente con Anorexia y Bulimia.



MARCO TEÓRICO



LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia es conocida como el período de transición entre la niñez y la edad adulta, siendo solo una etapa de transición no es considerada una etapa propia de la vida sino un período de mutación de los niños al convertirse en adultos, pues se dan cambios fundamentales, durante la cual la sensación más clara es que todo se modifica necesariamente.

Un concepto más completo sobre la adolescencia es el brindado por Jorge Naranjo en el Diagnóstico situacional de la población de adolescentes y el marco conceptual para su atención integral que define este período como un proceso que se desarrolla en la segunda década de vida de los seres humanos en la cual se dan importantes cambios biológicos que trascienden el área psicológica y social, influenciados por factores socio-culturales que permiten al individuo trasladarse desde la niñez dependiente hacia una adultez autónoma, productiva en armonía y equilibrio con la familia y comunidad

Se describe la adolescencia como el período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud, durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años. Para efectos legales de protección integral y especial se tomarán en cuenta estos dos conceptos.

Una característica fundamental que diferencia al hombre de las otras especies animales es que entre el nacimiento y el logro de la plena madurez debe transcurrir un largo período de crecimiento y aprendizaje, este es el período de la adolescencia. Dentro de ese desarrollo vital, la adolescencia es un período que



tiene sus antecedentes en la infancia y tiene consecuencias en la vida adulta posterior. Es indudable que los cambios que ocurren en este momento, cuantitativamente, se dan en una proporción acelerada y, cualitativamente, asistimos al desarrollo de una nueva organización de la personalidad psicológica y social, acompañada de nuevas necesidades, motivos, capacidades e intereses.¹

Concepto Fisiológico.

Sostiene que la adolescencia comienza con la pubertad. Es decir que como consecuencia de la maduración del organismo hay cambios biológicos significativos. En primer lugar, las glándulas de secreción interna se activan provocando la aparición de los caracteres sexuales secundarios y capacitando al organismo para la reproducción. Al mismo tiempo se acelera el crecimiento con el propósito de que el organismo alcance el tamaño adulto.

Concepto Bioenergético.

Según Stanley Hall el organismo individual, en el proceso de desarrollo, atraviesa etapas correspondientes a las que se sucedieron en la historia de la humanidad. Cada individuo revive en su propio organismo el desarrollo de la raza.

Concepto Psicológico.

La adolescencia es la edad durante la cual la estructura mental y la psiquis alcanzan la madurez. En esta etapa el joven se diferencia de los otros y busca su independencia con logros y desaciertos que le permiten medir sus capacidades para solucionar conflictos.

¹ <http://jcpinto.es.en.eresmas.com/index4.html> ; Moreno Amparo, El desarrollo psicológico del adolescente, Febrero 2, 2009 11h34



En la búsqueda de esta identidad los adolescentes experimentan cambios de humor bruscos, exploran en soledad, cuestionan las reglas establecidas y experimentan en sondeo del cuerpo perfecto, atraíble para otros.

Concepto Socio – Cultural

Reconoce la existencia de factores biológicos en el apareamiento de la pubertad y por ende de la adolescencia, sin embargo considera a la adolescencia un fenómeno cultural, pues existen culturas en donde esta etapa pasa desapercibida o es simplemente un rito entre la niñez y la adultez.

La sociedad occidental ha tenido gran influencia en la adolescencia y ha permitido generar gran tensión ante los cambios físicos y psicológicos que sufren los individuos. El proceso educativo efectúa un corte entre los niños y los adolescentes que al pasar al colegio son tratados como señores o señoritas, cuando aún tienen necesidades de la niñez.

Los jóvenes se enfrentan a responsabilidades mayores, a una autonomía muchas veces unida al abandono, inquietudes sexuales desconocidas para ellos y nunca mencionadas por los adultos y cambios hormonales que modifican su conducta muchas veces sin ser entendidas y sostenidas por los adultos.

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Adolescencia temprana (10 – 13 años)

Preocupación por los cambios puberales, incertidumbre acerca de la apariencia, intensa amistad con adolescentes del mismo sexo, aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasía, se inicia la necesidad de privacidad.

Adolescencia media (14 – 16 años)



Preocupación por un cuerpo atractivo, interés por la moda, máxima interrelación con los pares, aumento de la experimentación sexual, sentimiento de invulnerabilidad y conductas riesgosas.

Adolescencia tardía (17 – 19 años)

Aceptación de la imagen corporal, reaproximación a los padres, el grupo de pares se torna menos importante, desarrollan valores y metas vocacionales reales²

Los problemas más habituales a estas edades suelen estar estrechamente vinculados con la dificultad para resolver conflictos relativos al proceso de crecimiento y emancipación. Una de las manifestaciones más habituales suelen ser los trastornos del comer, un fenómeno cuyas cifras nos obliga a encontrar respuestas para evitar su multiplicación. El miedo a no ser capaz de enfrentar situaciones nuevas es experimentado por muchas de las personas que desarrollan un trastorno alimenticio.³

TEORÍAS SOBRE EL PROCESO DE LA ADOLESCENCIA.

La perspectiva creada alrededor de la adolescencia a variado a través del tiempo. Empieza con la investigación realizada por Stanley Hall a principios de siglo en la que se describe a esta etapa como tormentosa y de tensión. Esta imagen poco optimista frente a los muchachos se contrapone con las investigaciones realizadas en la actualidad en las que se percibe al adolescente típico como un individuo razonablemente adaptado, cuyo funcionamiento cotidiano se ve mínimamente impedido por una incapacidad psicológica, y que debe ser bien entendida y guiada por un adulto para dar frutos en un futuro.

Coleman en 1979 pone en claro dos puntos importantes en los que manifiesta que un adolescente no presenta más crisis de personalidad que las de un niño o un

² Dulanto, Enrique; El Adolescente: Desarrollo Psicosocial Normal, Mc Graw Hill Interamericana, México, 1989, pag 160.

³ [Guelar, Crispo](#), Higiene de la alimentación, ISBN: 84-7432-813-6, Febrero 2, 2009, 15h21.



adulto. Igualmente sostiene que la ideología política o religiosa de los jóvenes no discrepa mucho con la de sus padres.

TEORÍA PSICOANALITICA.

Los dos exponentes psicoanalíticos que nombraremos a continuación centran el desarrollo de la adolescencia en factores internos de la personalidad.

Freud define a la adolescencia como un período con grandes cambios fisiológicos que acompañan a la pubertad, en los cuales brotan los impulsos sexuales y se produce una primacía del erotismo genital, que supone, por un lado, revivir los conflictos edípicos infantiles y, por otro, la necesidad de resolverlos con una mayor independencia que los progenitores y un cambio en los lazos afectivos hacia nuevos objetos amorosos. La fuerza de las pulsiones que surgen durante la pubertad hace que se produzca una vulnerabilidad acentuada de la personalidad. Esta debilidad de la personalidad requiere el empleo de diferentes mecanismos de defensa, entre ellos la intelectualización y la sublimación, para enfrentarse con la ansiedad y la inseguridad.

La inadecuación de estas defensas psicológicas a la intensidad de los conflictos puede ser el origen de un comportamiento mal adaptado. Por esta razón, el psicoanálisis mantiene una concepción de la adolescencia como una etapa en la que se produce una mayor proclividad hacia los fenómenos psicopatológicos.

De acuerdo a Erikson, la adolescencia «no constituye una dolencia, sino una crisis normativa, es decir: una fase normal de incrementado conflicto, caracterizada por una aparente fluctuación de la energía del ego y asimismo por un elevado potencial de crecimiento». La tarea más importante del adolescente, según este autor, es construir una identidad coherente y evitar la confusión de papeles.

La difusión de la identidad puede llevar al aislamiento del joven, su incapacidad para planear el futuro, a una escasa concentración en el estudio, o a la adopción de papeles negativos por simple oposición a la autoridad.



TEORÍA CONDUCTISTA.

En contraste con la teoría psicoanalítica, las teorías del aprendizaje, entre ellas la Conductista, hablan de la influencia de la experiencia y los estímulos positivos o negativos que puede recibir. La Teoría del Aprendizaje Social es otra de las teorías del aprendizaje.

Dentro del Conductismo, los experimentos de Watson y Skinner con el Condicionamiento Clásico u Operante y el Refuerzo al mismo nos explican que las personas somos seres de aprendizaje y que el entorno influye mucho en nuestra conducta. De ahí el Conductismo es una base para la psicología educativa aplicada a los adolescentes en un proceso de escolaridad o en la vida diaria en la relación con los padres o las personas a su cargo.

Watson nos manifiesta claramente que el ambiente es factor importantísimo en la experiencia, y que la percepción de un aprendizaje simple puede generar otros mayores respecto a la formación de la conducta de un individuo.

Otro expositor importante es Bandura, autor de la teoría cognitiva social; quien resalta el aprendizaje a través de la observación en la que sostiene que las adquisiciones de conocimiento se dan a través de tres puntales que interactúa y estos son la conducta, los factores cognitivos y los acontecimientos ambientales.

Aplicando estos conceptos a los adolescentes podemos decir que ellos son fruto de lo que viven en sus hogares, lo que observan en la sociedad y que la percepción de una experiencia puede ser distinta para uno u otro. Lo importante es que padres y educadores tengan cuidado en el ejemplo que dan a los jóvenes y las experiencias que ellos viven por sí solos a fin de afianzar estas con valores sociales y morales y sobre todo una autoestima que pueda rescatarlos de influencias sociales que los empujen en este caso en desordenes de la conducta alimentaria.

TEORÍA SOCIOLÓGICA.

La Teoría sociológica se refiere a la experiencia de pasar a través de una fase que enlaza la niñez con la vida adulta. En este paso, el adolescente, teniendo en cuenta los cambios de todo tipo que se producen en su persona y las nuevas demandas de



la sociedad hacia él, debe desarrollar nuevos papeles sociales. La chica de 13 ó 15 años no es una niña, pero tampoco es una mujer adulta. Su estatus social es difuso y sin etiquetas claras. Las expectativas sociales sobre su papel son ambiguas y puede que, en determinadas situaciones, encuentre dificultades al tener que decidir si se comporta como una niña o una adulta.

Los adolescentes de las sociedades occidentales no cuentan con ritos de paso que les sirvan de guía para integrarse en la vida adulta. Esta falta de expectativas y guías claras por parte de los adultos puede resultar problemática para el joven a la hora de adaptarse a las nuevas exigencias y responsabilidades. Al mismo tiempo que desarrolla un nuevo papel social, el adolescente debe buscar la independencia frente a sus padres. Esta búsqueda de una nueva situación social genera también ansiedad e inseguridad, y, frente a los deseos de independencia, se crea contradictoriamente una necesidad mayor de dependencia de los demás y de que éstos apoyen la visión que está creando sobre sí mismo. Esto significa que, el paso del individuo por la adolescencia, estará afectado por las expectativas mantenidas por las personas de su entorno inmediato, el mismo que él considera importantes.

TEORÍA PIAGETIANA.

Piaget señala la importancia del cambio cognitivo y su relación con la afectividad. Las nuevas capacidades intelectuales, que se desarrollan durante el período de las operaciones formales, abren la posibilidad de elaborar reflexiones sobre lo concreto real así como lo abstracto posible, y capacitan al adolescente para planificar su programa de vida y presentar alternativas a la sociedad actual.

Es en este momento que surgen las críticas y las reflexiones sobre la religión, la política o los sistemas de autoridad vividos en la familia y la escuela. Este recién estrenado poder del pensamiento hace que el adolescente caiga a veces en un nuevo egocentrismo intelectual, es decir, que confíe excesivamente en el poder de la ideas. Para el adolescente, pensar en cambiar algo es ya cambiarlo, teorizar es aplicar ya esas ideas a la sociedad. La dificultad de las transformaciones sociales la encontrará el adolescente cuando se integre realmente en la sociedad adulta y se tope con una realidad difícil de moldear.



Elkind, autor de orientación piagetiana ha realizado relevantes estudios sobre este período, formulando otros dos aspectos de este egocentrismo adolescente: la audiencia imaginaria y la fábula personal. La audiencia imaginaria supone la obsesión del adolescente por la imagen que los demás poseen de él, la creencia de que todo el mundo le está observando. La fábula personal se refiere a la tendencia de los adolescentes a considerar sus experiencias como únicas e incomprensibles por otras personas.



LA ANOREXIA NERVIOSA

DEFINICIONES

“La Anorexia Nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria en la que la persona que la padece presenta un peso inferior al que sería de esperar por su edad, sexo y estatura. El peso se pierde por ayunos o reducción extremada de la comida, pero casi el 50% de las personas que lo padecen usan el vómito autoinducido, el abuso de laxantes y/o diuréticos y el ejercicio extenuante para perder peso. No existe ninguna enfermedad médica que explique la pérdida de peso”.⁴ Etimológicamente Anorexia viene del griego *an*, deficiencia o ausencia y *orexis*, apetito.

Se define también a la Anorexia como “un síndrome que afecta generalmente a las mujeres adolescentes, pero también prepúberes, mujeres mayores, y en menor medida, a hombres, caracterizado por una pérdida de peso autoinducida por medio de la restricción alimentaria y/o uso de laxantes y diuréticos, provocación de vómitos o exceso de ejercitación física; miedo a la gordura, y amenorrea en la mujer o pérdida de interés sexual en el varón”.⁵

Esta patología aparece en la adolescencia, y hasta puede causar la muerte, de hecho la AN es la enfermedad mental que más defunciones provoca. Es una enfermedad más frecuente en las mujeres que en los varones.

Es observable que la enfermedad existe, pero no todas las personas expuestas a la misma la contraen porque intervienen factores como la susceptibilidad, predisposición, dotación genética, estrés, ambiente físico y social, etc., por lo cual se debería hablar más de enfermos que de enfermedades. Para entender la AN se debe tener en cuenta la patología neuro-endócrina y una supuesta relación familiar conflictiva. Según el Psicoanálisis hipotéticas relaciones objetales en los primeros

⁴ Raich, Rosa M.; Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios; Ediciones Pirámide, 1996; pag 21.

⁵ Raush, H Cecile, Bay Luisa, Anorexia nerviosa y Bulimia; Paidós; 2000; pag 42.



años, que no han sido observables pueden ayudar a entender también este problema.

Según Garner y Garfinkel en su libro *Anorexia Nerviosa: Una perspectiva Multidimensional*, valoran a esta enfermedad como un Síndrome Psiquiátrico discreto, es decir que tiene una patogénesis discreta. Sus manifestaciones clínicas son el resultado de múltiples factores predisponentes y su interacción con la capacidad del individuo para hacer frentes a tales demandas. Ellos consideran que este trastorno tiene un proceso en el cual hay una interacción entre el individuo y su mundo externo.

DATOS HISTÓRICOS

Los casos de Anorexia Nerviosa se han identificado desde 1694 por Morton, quien reseña el caso de una joven con anorexia, amenorrea, desnutrición y apego excesivo al ejercicio, la misma que rechaza cualquier tipo de tratamiento y finalmente muere, que en ocasiones eran considerados verdaderas posesiones demoníacas. De igual manera, en la edad media, se relatan procesos de “Anorexia Sagrada”, mujeres pertenecientes a sociedades patriarcales, sometían al cuerpo a ayuno extremo, a fin de alcanzar metas espirituales superiores; cuando aparentemente el logro era controlar su cuerpo ante la represión de las necesidades básicas reprimidas. Tal es el caso de Santa Catalina de Siena quien a los 15 años, a punto de contraer matrimonio, inicia restricción alimentaria extrema, con presencia de una personalidad perfeccionista, desinterés social, exceso de actividades.

Es a partir de los años 40 cuando la escuela psicoanalítica enfoca la enfermedad desde un punto de vista psicodinámico y da pie al estudio de este trastorno. El rechazo a la comida se considera como la inhibición de los impulsos.⁶ Sostienen también que estas alteraciones se basan en fantasías de impregnación oral y relaciones seductoras de dependencia con padres cálidos y pasivos, y culpabilidad por la agresión hacia una madre que se considera de forma ambivalente, que de

⁶ <http://books.google.com.ec/books?id=11prN154iFgC&pg=PA523&dq=Epidemiología+Anorexia>, Julio 30, 2009, 16H55.



alguna manera hemos corroborado con la investigación de campo con profesionales, como lo podrán ver en el capítulo 3.

En la década de los 70 se postuló la teoría en la que la Anorexia es la respuesta de evitación fóbica a la comida, resultado de la tensión social y sexual generada por los cambios físicos de la pubertad. Previo a este concepto se pensó que la causa de la AN era un deficiente desarrollo cognitivo y perceptual, alteraciones de la imagen corporal, productos de experiencias de aprendizaje desfavorables. Otros estudios sostienen que la Anorexia se da gracias a una disfunción del Hipotálamo, presentada en disminución de hormonas como noradrenalina, serotonina y dopamina. En investigaciones realizadas en gemelas mono y dicigóticas se ha llegado a la conclusión de que esta alteración es el producto de una predisposición genética unida a condiciones ambientales adversas.

En la década de los 90 hay autores que demuestran que las pacientes anoréxicas generalmente tienen familiares cercanos con trastornos afectivos y coincidentalmente sus madres han desarrollado trastornos psiquiátricos, especialmente obsesivo-compulsivos. Esto se sustenta en el mutuo desequilibrio serotoninico.

El progresivo aumento de de la incidencia de trastornos similares en jóvenes mujeres como varones y más aún en niñas de corta edad despierta gran interés en el campo de la adolescentología, pues no es un tema netamente psiquiátrico como se atendió por años, en la actualidad se enfoca como una cuestión de ámbito físico, psicológico y también social.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANOREXIA

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla. (Por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).



Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

En las mujeres post puberales, presencia de amenorrea; por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos, (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, la administración de estrógenos.)⁷

ETIOLOGIA Y PATOGENIA DE LA ANOREXIA

La Anorexia tiene una prevalencia del 1% en adolescentes. Se presenta como casos puros en un 20% antes de los 20 años de edad, en un 75% antes de los 25 años y existe también un preocupante 10% que se presenta antes de que las jóvenes hayan llegado a la pubertad. Debe recalcarse que existe también un porcentaje elevado de jóvenes especialmente en etapa media que presentan preocupación excesiva frente al peso y a la apariencia física, y que no cumplen los criterios para ser diagnosticadas como casos de AN, este aspecto debe ser tomado como un factor de riesgo, sumado al ambiente social de las señoritas⁸.

El origen de la AN es desconocido, se inicia luego de un período de intensa privación alimenticia, que puede ser causada por uno de los siguientes factores:

Dieta voluntaria para verse y sentirse mejor.

Dieta voluntaria en búsqueda de competencia profesional, por ejemplo bailarinas, gimnastas, modelos.

Estrés que provoca restricción alimentaria.

Enfermedades o intervenciones quirúrgicas que producen restricción alimentaria.

⁷ DSM IV; Editorial Masson S.A., 1995; pag. 558 – 559.

⁸Mandomingo Sanz, María Jesús, Psiquiatría del niño y del Adolescente, Pag 523. Julio 30, 16h40



Ayuno involuntario impuesto en ocasiones.

Frecuentemente antes de la Anorexia se unen las dietas tempranas con períodos de gran restricción alimentaria, sin saber si esto desarrollará o no la enfermedad. Los psicólogos se han planteado diferentes causas que la originan, entre ellas se cree que están los mecanismos fóbicos y formulaciones psicodinámicas.

Al comienzo reconocerán el privarse de alimentos, pero con el tiempo negarán de la abstinencia alimentaria a la que se someten. Frente a la presión parecen doblegarse, disimulando muy inteligentemente ingiriendo una cantidad de alimento considerable, pero de igual manera buscarán actos compensatorios frente a esta situación.

El síndrome sicótico se asocia con un malestar somático en el que la cara languidece, los ojos se hundén, se parte y cae el cabello al igual que la piel se reseca y se arruga, acompañados de una constipación intestinal constante, lengua saburral, bradicardia e hipertensión arterial.

LA RELACION FAMILIAR EN LA ANOREXIA.

Son diversas las teorías sobre las características de una familia con pacientes anoréxicos, unas, como el psicoanálisis sostiene la presencia de una madre controladora y a la vez tierna y el nombre del padre, el mismo que es otorgado por la madre y coincide en ser un cálido y pasivo.

Por otra parte se menciona también madres cariñosas y devotas de sus hijos, sacrificándose siempre por ellos, por lo cual los jóvenes no son capaces de generar sentimientos negativos hacia ellas. Desde la perspectiva de la relación objetal, la relación del niño y la madre, hace que el primero altere su capacidad de integrar sus propios sentimientos de agresividad y hostilidad. Sin embargo esta aparente preocupación incondicional por los demás viene motivada por una verdadera necesidad de cubrir sus propias carencias, un sentido de baja autoestima, inseguridad y un intenso miedo a la pérdida. Existe una relación muy cercana entre madre-hijo que impide estos puedan defenderse de esta asfixia materna y



desarrollan hostilidad inconsciente hacia sí mismo, ya que el hacerlo contra su progenitora podría formar la pérdida de la misma. Respecto al padre se observa por lo general éxito profesional y una posición autocrática en casa. Se puede hablar de sentimientos de inseguridad sobre todo hacia sus esposas y la consecuente necesidad de controlarlas, lo que ocasiona resentimientos que de ser evidentes deterioran la relación y hacen casi imposible para esa pareja el intimar y confiar en el otro, aún sigan juntos en un proceso de mantenimiento. Aunque el joven anoréxico no comprende la dinámica que llevan sus padres, la percibe y consciente o inconscientemente la evita, produciendo síntomas, rituales respecto a la comida o mecanismos de defensa como la negación o la proyección que a posteriori generan mayor tensión y baja autoestima, conduciéndolas a actos auto agresivos como al inanición o el rechazo. La chica anoréxica buscará diferenciarse lo más posible de su madre y ambivalentemente la valora por su servicialidad, a la vez desconfía de la relación con los hombres.

La teoría Conductista sostiene que la conducta depende de dos componentes básicos que son la experiencia y el comportamiento y factores que la modifican como el reforzamiento positivo o negativo. De acuerdo a lo antes expuesto es necesario investigar cuales son estos comportamientos o experiencias vividas por los jóvenes en sus familias, que actuando como estímulos o causas de la conducta como menciona Skinner; produzcan respuestas que en este caso será la Anorexia, una conducta observable.

Así mismo la Teoría Cognoscitiva de Bandura menciona que los seres humanos somos seres que procesamos la información y aprendemos de este proceso. Aplicando este concepto a la Anorexia, podríamos decir que las jóvenes toleran y mantienen el ayuno porque han aprendido que tendrán una recompensa, que sería para ellas la delgadez.

La teoría psicológica centrada en el Yo contempla que la niña anoréxica intente satisfacer excesivamente los deseos de una madre poco afectiva, acercándose también al padre para llenar sus necesidades de cariño y apego, situación que por lo general se da en la niñez. El aspecto físico poco desarrollado de las pacientes anoréxicas se asemeja al de la niñez, lo que se interpreta como un intento de mantenerse en esta etapa y así conservar la relación con el padre.



La terapia familiar descrita en los libros⁹ como la explicada por los profesionales encuestados demuestra que si bien no existe una marcada disfunción familiar, la dinámica persistente es compleja, identificando dos tipos de familias, muy sobre protectoras o extremadamente descuidadas. Podemos describir a la interacción como la presente en una unidad funcional con una persona sintomática, este caso el joven anoréxico. A las familias anoréxicas se las puede describir como aparentemente felices y cohesionadas, sin embargo esconden inseguridad, falta de intimidad entre los padres, difícil relación entre los miembros, excesiva protección e incapacidad de resolución en conflictos. El papel de los anoréxicos es llevar la atención familiar hacia ellos y reemplazar los conflictos internos por sus síntomas, que son utilizados también como aspectos estabilizadores para esa pareja paterna tambaleante.

FACTORES DE RIESGO PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

Factores Individuales

Aspectos importantes como la baja autoestima o una autovaloración negativa pueden ser factores de riesgo para la Anorexia, ya que desarrollan estrés en la persona y se da una búsqueda de aceptación exterior por lo que inconscientemente yerran el camino.

El trastorno obsesivo-compulsivo, la tendencia a la depresión o ansiedad y un desorden psiquiátrico, son otros elementos que pueden suscitar la enfermedad.

Un detalle de la personalidad de los anoréxicos es que pueden llegar a ser dependientes y evasivos, tienen dificultades con la separación, por lo que su capacidad para desempeñarse lejos de su familia es baja. Son muy vulnerables, sin embargo no les gusta los cambios. Se consideran ineficaces en los aspectos personales, demostrándolo en su creencia a no tener control en su alimentación. Son bastante perfeccionistas y escrupulosos en lo que hacen, por lo que sienten

⁹ <http://books.google.com.ec/books?id=1qydXD4onKEC&pg=PA684&dq=Anorexia+signos+sintomas&lr=>

Julio 30, 2009 17h25



falta de respuestas a sus necesidades internas. El nivel de inteligencia de los anoréxicos se ubica en su mayoría en un nivel normal y normal alto, pero se encuentra también personas con todo tipo de inteligencia.

La tendencia a la obesidad, produce ansiedad en la persona y en ocasiones es un factor desencadenante del trastorno. Generalmente los síntomas se presentan después de un período de dieta exagerada o como reacción a una relación competitiva difícil de resolver.

En las familias con pacientes anoréxicos hay mayor facilidad a desarrollar la AN. Muchos de ellos tienen un metabolismo más acelerado de lo normal, lo cual dificulta que ellos suban de peso.

Uno de los aspectos tomados en cuenta es el rechazo de las chicas a crecer y sobre todo a adquirir características físicas propias de la maternidad, como son la aparición de los caracteres sexuales secundarios ya que las proyecta a vivir como sus madres lo han hecho y esto les produce gran ansiedad y rechazo.

Factores Familiares

La relación familiar es un factor de riesgo para la anorexia si existe un familiar de primer grado que padezca la enfermedad. Existe un 11% mayor de probabilidades en contraer la misma si un pariente posee este trastorno. Otras enfermedades psiquiátricas como el Trastorno de personalidad Obsesivo–Compulsivo o la Fobia social pueden dar pie a la Anorexia Nerviosa.

El ambiente familiar que se vive en diferentes hogares es un hecho predisponente para estas alteraciones, ya que ciertas ocasiones se da culto a la delgadez y desde niños adquieren ideas erróneas sobre la alimentación y la apariencia física de éxito, por lo que se crean malos hábitos del comer.

En ocasiones los anoréxicos son personas sobreprotegidas, lo que retarda la autonomía en ellos. Como mantienen una relación muy fuerte entre los miembros, los pacientes de este como de otros trastornos, pueden inconscientemente manipular a la familia a través de su enfermedad. Comparando un grupo de personas normales con otro que poseen personas anoréxicas, se nota que las familias con miembros anoréxicos son más rígidas, intrusivas, y tienden a evitar los



conflictos. Sin embargo se da el caso de relaciones distantes y poco afectivas entre los miembros.

Factores Socio-culturales

Los factores socio culturales influyen directamente en el aumento de este trastorno.

Antiguamente la clase social alta tenía gran alcance a la comida abundante, lo que les conducía a la obesidad y esta era una muestra de poder económico y elevado nivel social. En el siglo XX los alimentos alcanzan mayor densidad calórica y la obesidad se da más bien en los grupos socio económicos inferiores. A medida que las clases altas tienen alimentos más apetitosos, evitan la obesidad ya que para ellos el cuerpo esbelto es sinónimo de prestigio y triunfo.

La población recibe constantemente mensajes contradictorios entre lo que es salud y alimentación, y los resultados son peligrosos para ellos mismos. Es frecuente encontrar en los medios de comunicación reportajes sobre las “dietas mágicas” que eliminan peso, pero páginas después se encuentra la receta maravillosa en la que el recuento de calorías no se hace presente, por lo que se introduce a los individuos en un conflicto de vida.

Desde la infancia se les enseña a los niños que las golosinas no son sanas, sin embargo cualquier ocasión es festejada o premiada con las mismas, lo que se manifiesta como otra idea contradictoria en los hábitos del comer.

Los diseñadores de ropa crean sus diseños para gente delgada y para introducir a las personas con sobrepeso falsean las tallas para ellas y las marcan con números menores a las que les corresponde creando una auto-imagen errónea.

La presión social sobre el cuerpo es mucho más marcada en las mujeres que en los hombres es por esto que la mayoría de mujeres se consideran gordas, no así los varones y generalmente las chicas son quienes toman medidas sobre su peso, aspecto que se ve en un nivel bajo en los hombres.

En la búsqueda de buena salud y dieta saludable se han presentado ya algunas complicaciones, tales como el retraso del crecimiento en niños sometidos a dietas sin control para disminuir el colesterol, familias que llevan dietas estrictas por antecedentes de enfermedades de riesgo hereditarias tales como el infarto o

cirugías cardíacas. Otro ejemplo serán los hijos de madres vegetarianas que carecen de vitamina B12 y ácido fólico, que pueden nacer con anemia y daños neurológicos.

Eventos Vitales Adversos

Diversos estudios demuestran que situaciones de vida adversas indican que son factores importantes en la etiología de la Anorexia. Un trauma sexual aumenta la vulnerabilidad a todo trastorno psiquiátrico, siendo un factor de riesgo no específico.

Situaciones estresantes, de amenaza, de dolencia, gravidez, de desorganización de los patrones de vida, o abuso físico pueden también dar pie a desórdenes alimenticios. Estos pueden afectar más a los bulímicos que a los anoréxicos, pero son de gran importancia, pues dependen de la capacidad de cada individuo para afrontar crisis. Debemos recordar que los anoréxicos tienden a evitar los problemas.

FACTORES DESENCADENANTES Y PERPETUANTES DE LA ANOREXIA



Dieta

La dieta es el factor precipitante más frecuente en el mundo occidental, en donde predomina el ideal de delgadez. Aisladamente, esta no es suficiente para producir un desorden, una dieta debe estar unida a otro factor de riesgo de los descritos anteriormente.

No es fácil precisar como al unirse estos factores desencadenan en Bulimia o Anorexia Nerviosa, pero se cree que la Bulimia está un poco más encaminada hacia la compulsión y a la dificultad para controlar los impulsos. Así mismo la restricción alimentaria acrecenta la desnutrición y esta provoca la distorsión de la imagen corporal. La consecuencia de ello es el miedo a engordar o el deseo de adelgazar, perpetuándose así la Anorexia Nerviosa.¹⁰

¹⁰ Appolinario, J; Cordás, T; Claudino, A; "Etiología de los Trastornos Alimenticios: aspectos biológicos, psicológicos y socio culturales"; Revista Brasileira de Psiquiatria; Suplemento trastornos Alimentares; pag 21.



Factores Mantenedores

No se ha llegado a comprender con claridad que factores contribuyen a que el paciente llegue a recuperarse o se convierta en crónico.

Algunos de los factores que pueden perpetuar la enfermedad, son las distorsiones cognitivas que presentamos a continuación:

Abstracción Selectiva. Sacar conclusiones en base a hechos aislados, ignorando evidencias contradictorias. “Si María volvió del viaje con exceso de peso, ese viaje no lo debo hacer”

Sobre generalización. Extraen una regla a partir de un hecho y la aplican a situaciones diferentes. “Si Juan perdió 2 Kg. por una diarrea, entonces los laxantes deben ser un buen método para bajar de peso”.

Magnificación de los Estímulos. Todas las situaciones vividas las perciben exageradamente. “Para Inés, una molestia abdominal era un dolor que la hacía revolver los ojos, llevarse la mano a la panza y hablar en tono de quejido”.

Razonamiento Dicotómico. Su forma de razonar y sus pensamientos son extremos y absolutos. “La perspectiva de tener 3 o 4 Kg. demás equivale a volverse un elefante”.

Personalización y auto referencia. Se da una interpretación egocéntrica de hechos impersonales. “La doctora me postergó la cita para que yo siga engordando dos días más”.

Pensamiento Supersticioso. Creen en la relación causa–efecto de hechos no contingentes.¹¹

SUBTIPOS DE LA ANOREXIA

Según el DSM IV podemos encontrar la Anorexia de tipo Restrictivo y de tipo Compulsivo – purgativo:

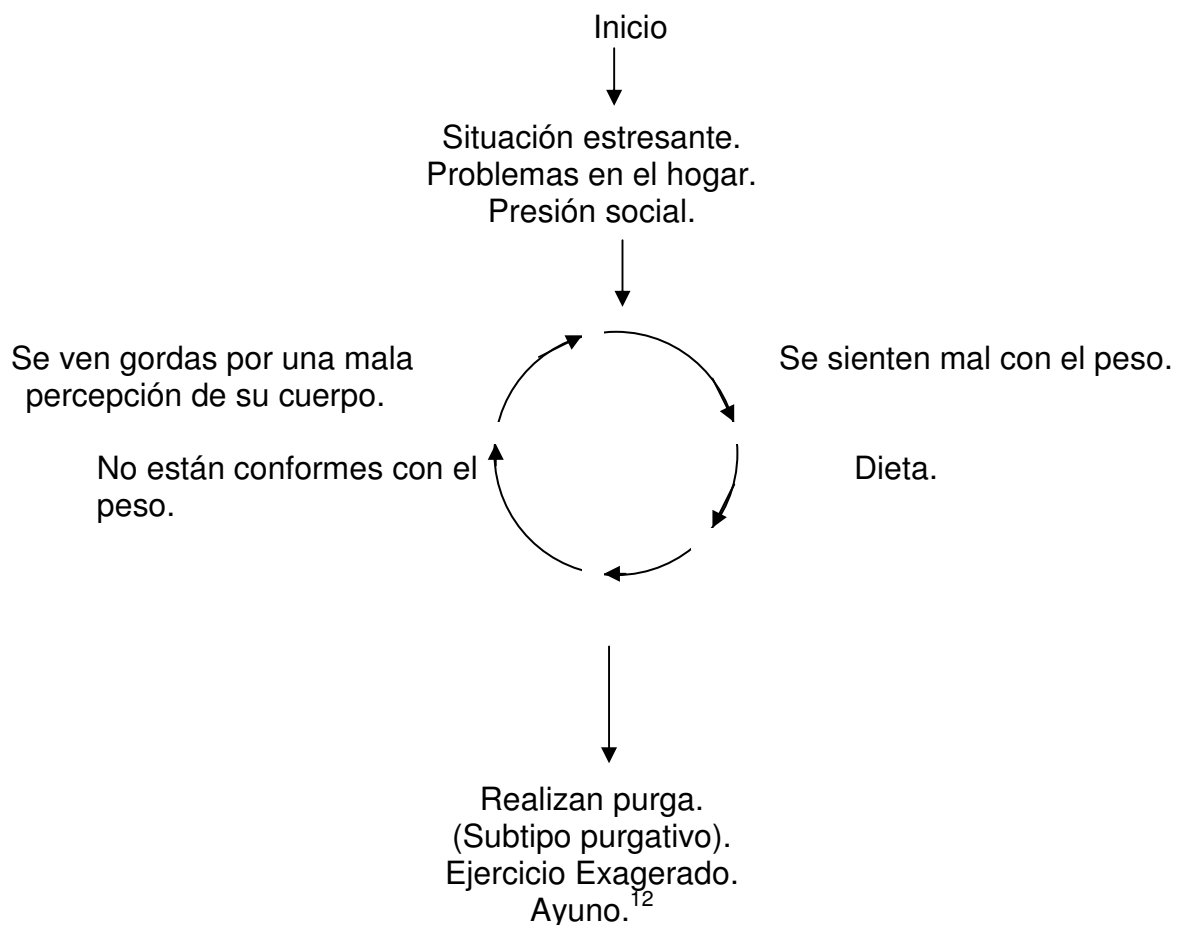
¹¹ Rausch Herscovici, Cecile; Bay. Luisa, Anorexia Nerviosa y Bulimia; Editorial Paidós; 2000; pag. 33.



Tipo Restrictivo: La pérdida de peso se consigue a través de dieta, ayuno o ejercicio intenso. En estos episodios de anorexia los individuos no presentan atracones ni purga.

Tipo Compulsivo – Purgativo. Este tipo se diagnostica cuando se presenta atracones, purgas o en ocasiones ambos. La mayoría de personas que recurren a los atracones, realizan luego actos compensatorios como la purga, el vómito, uso de diuréticos, laxantes o enemas en forma excesiva. Se puede presentar el caso de no tener atracones, pero aún con pequeñas cantidades de comida realizan purgas. Este tipo de Anorexia es la más frecuente.

CURSO DE LA ANOREXIA



¹² Elaboración en base a la investigación.

El promedio de edad para el inicio de la Anorexia Nerviosa son los 17 años, pero se ha evidenciado un repunte a los 14 y los 18 años de edad, ahora bien, se puede dar un inicio tardío de esta patología. La incidencia de la AN se asocia a un hecho traumático o a acontecimientos estresantes en la vida de las personas. Sin embargo, se considera de gran importancia denotar la presión sociocultural a las que especialmente los adolescentes se ven expuestos.

El desarrollo de la enfermedad puede ser variado y su duración depende directamente del avance que esta haya tenido y la atención médica que se le dé a la misma. Se da en ocasiones que el individuo hace un solo episodio de Anorexia, del cual es más fácil la recuperación, pero es más frecuente que las chicas desarrollen silenciosamente la enfermedad y frente a los ojos de sus padres o de las personas que se encuentran a su alrededor, bajen indiscriminadamente de peso y manifiesten el rechazo hacia su cuerpo y no fuera de extrañarse si algunas de ellas recibieran un refuerzo por parte de su madre o sus amigas por “su logro”, sin percatarse del desastre que se avecina.

La recuperación en estos casos es demorada y no siempre alcanza su fin, el superar la Anorexia. Con frecuencia se mantiene fluctuaciones en el peso, el estado de ánimo y la percepción de sí, seguidas de una recaída y lograr un deterioro a través de los años. Es de gran importancia que estas personas ingresen en un centro de apoyo y control para su mejoría.

La mortalidad en la Anorexia se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

EFFECTOS DE LA ANOREXIA



EFFECTOS FÍSICOS

Sistema Cardiocirculatorio

Las pacientes con AN presentan las extremidades frías y azuladas, debido a la hipotensión y a la disminución del volumen circulatorio. Esto se da como una medida defensiva hacia la malnutrición. Al volverse esta situación crónica pueden



tener deformaciones en los dedos conocidas como “Dedos en palillo de tambor”¹³ y deformaciones en las uñas.

Corazón. Se da una disminución en el tamaño del corazón y las paredes ventriculares se adelgazan. Se presenta Bradicardia o alteraciones en el ritmo cardíaco.

Aparato Respiratorio

Antiguamente las personas que sufrían de anorexia podían encontrar la muerte por enfermedades comórbidas como la neumonía y la tuberculosis. En la actualidad esto se ve superado gracias al uso de antibióticos y a los cuidados intensivos.

Las personas que se esfuerzan por vomitar aumentan la presión torácica y los vómitos no controlados pueden provocar neumonías.

Sistema Nervioso Central

Son personas muy inteligentes que presentan alteraciones neuropsicológicas, retraso en el tiempo de reacción, trastorno de la memoria visual y fallos en la recuperación de la información.

Lo más frecuente es encontrar una actividad encefalográfica lenta y atrofia cerebral por alteraciones electrolíticas.

Aparato Digestivo

Las pacientes se quejan de inapetencia, estreñimiento, pesadez, disfagias, náuseas y vómitos, en la lengua aparecen erosiones o sustancia saburral. Se dan lesiones en el esmalte de los dientes y estos se vuelven amarillos. Aparecen callosidades y ulceraciones en el dorso de la mano por la inducción al vómito, que no se curan fácilmente, tienen sequedad en la boca, dolor de las glándulas parótidas e hipertrofia de sus conductos, dolor abdominal, vientre hinchado.

¹³ Fernández Aranda, Fernando; Trastornos de la Alimentación; Masson S.A.; 1999, pag. 39.



Aparato Renal

La mayoría de anoréxicas presentan ligeras deshidrataciones por el vómito excesivo o por la restricción de alimentos y en ocasiones de líquidos.

Se da también la dilución de la orina por una gran ingesta de líquidos que puede acompañar a los períodos de ejercicio intenso. Sienten mayor necesidad de orinar por la noche. Se ha observado cólicos nefríticos y cálculos renales por la eliminación de calcio a través de la orina, debido a la osteoporosis.

Debido al abuso de laxantes y diuréticos se puede presentar alcalosis metabólica con bajos niveles de potasio, lo que se evidencia en la pérdida de fuerza muscular.

ALTERACIONES ENDÓCRINAS

Se presenta en algunos casos niveles bajos de glucosa en la sangre, por el bajo consumo de azúcares y en niveles elevados la hipoglucemia puede producir la muerte.

Es conocido ya que las anoréxicas presentan cambios menstruales, amenorrea y alteraciones en las hormonas reproductoras. Los niveles de estrógeno disminuyen, pero al recobrar el peso estos se normalizan. Mediante ecografía se ha detectado la presencia de quistes ováricos multifoliculares que seguramente responden a la producción ovárica anormal. Estos desaparecen al equilibrarse los períodos menstruales.

Se han realizado estudios en los que se demuestra que en el 50% de casos de anorexia, la amenorrea se presenta antes de una pérdida de peso significativa. También existen casos en las que la amenorrea dura meses e incluso años después de la recuperación de peso, por lo que se piensa que además de los efectos de la desnutrición, el factor psicológico juega un gran papel. Las dietas intermitentes pueden producir la detención de la menstruación.¹⁴

La disminución de la serotonina afecta a la disfunción del apetito y el humor, y se piensa que también tiene incidencia en la regulación de la menstruación.

¹⁴ Fernández Aranda, Fernando; Trastornos de la Alimentación; Masson S.A.; 1999, pag. 47.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS

Cambios Intellectuales

Se dice que el hambre deteriora el razonamiento en las personas, este daño progresa de acuerdo a la enfermedad. El pensamiento complejo se ve alterado por causa de la inanición, este detalle se puede ver evidenciado en la dificultad para realizar operaciones matemáticas, por la falta de abstracción en el pensamiento. Esta falencia se manifiesta previamente a los síntomas físicos de la anorexia. Se deteriora y hasta llega a desaparecer la creatividad, la imaginación, la dedicación, y la facilidad para afrontar situaciones diversas. El pensamiento se centra cada vez más en las ideas sobre la comida y debido al hambre esta se convierte en su principal preocupación. Pueden leer recetas de comida y hasta prepararlas para los demás, pero jamás las prueban.



Debido a la falta de concentración tienen dificultad en el trabajo o el estudio, la memoria y el control de movimientos corporales disminuyen, por la que se perciben torpes, se sienten desorientados y se aíslan más de la realidad.

Las personas alteradas en su pensamiento por la anorexia delimitan cada vez más sus experiencias y generalmente las polarizan, todo se percibe como malo o bueno, blanco o negro. A medida que esta situación progresa, aumenta también la pérdida de sutilezas y cordialidades en su vida, no solo que ellas actúan así, sino que perciben al mundo de esta manera.

La vida social de los anoréxicos se ve afectada en la manera en que para ellos es difícil y casi imposible entender las interacciones que se dan en los grupos, ya sean estos reducidos, se ven confundidos, no encuentran coherencia entre lo que pasa. De esta manera se desarrolla la necesidad de organizar y prever cada detalle, no son espontáneos y sienten frustración en acontecimientos inesperados, por lo que prefieren el aislamiento.

Sexualidad

Debido al cambio hormonal, el interés sexual disminuye y al presentarse la inhibición de hormonas reproductoras los individuos entran en un estado semejante



al de la preadolescencia, por la que no perciben ningún estímulo sexual, ya sea de su pareja si es que la tienen. Se debe considerar que el papel socio-cultural es grande pero llega a ser ignorado.

Existen teorías sobre la evasión sexual producida por la inanición, debido a la presión social y a los conflictos emocionales propios de la adolescencia. Las personas se sienten confundidas y miedosas, lo que les conduce a una regresión psicológica a etapas preadolescentes. Como no existen deseos de establecer una relación sexual, entonces este es un método liberador de esta crisis de identidad. Al restablecer el sistema endócrino, retorna a la normalidad el impulso sexual.

Estado de Ánimo y los Sentimientos

Los individuos mal nutridos pierden fuerza en sus sentimientos, ya sea de ira, amor, tristeza, odio, placer o celos. Esto les vuelve indiferentes ante lo que pasa, se encuentran como anestesiados frente a la vida y les da una apariencia de indiferencia o distanciamiento ante las cosas.

La inanición también conduce a un estado de euforia, a este estado se le conoce como “Elevación del Ayuno”.¹⁵ Este es un cambio de humor que ocurre predeciblemente al reducir de manera considerable la cantidad de alimentos ingeridos, se sienten felices al percibir que flotan. Se presenta con prontitud, aún teniendo el peso adecuado. El ayuno provoca secreción de adrenalina, la misma que trae como consecuencias el sobresaltamiento de los ojos, ritmo cardíaco acelerado y respiración más profunda.

Los sistemas metabólicos pueden crear la sensación de mareo. El ejercicio exagerado les brinda placer, pero también genera estrés. Al hallarse en inanición presentan hiperactividad, tienen sensibilidad a la luz, sonidos, colores y otros estímulos externos. “El canto de los pájaros, es más fuerte; el pasto, más verde; la luz, más intensa, demostrándose en esto la hiperactividad”.¹⁶

¹⁵ Duker, M; Slade, R; Anorexia Nerviosa y Bulimia; Editorial Lumisa; México; 1992; pag. 48.

¹⁶ Duker, M; Slade, R; Anorexia Nerviosa y Bulimia; Editorial Lumisa; México; 1992; pag 49.



Al ir los anoréxicos de un extremo a otro en su estado de ánimo, se puede observar que en diferentes situaciones son tan arrogantes que la gente los detesta, pero de un momento a otro se detestan y piensan que no sirven para nada, llegando a despreciarse a sí mismos y creen que no merecen vivir.

Autoestima

La baja autoestima puede ser disimulada, aunque aparezca de esta manera, su actitud psíquica está en relación con su manera de comer y el peso. Esta se manifieste o no, debe ser tratada, estimulando a la persona y ayudándole a recobrar la confianza en sí misma.

Las anoréxicas se sienten sobre valoradas por el resto, piensan que son consideradas capaces y con gran desenvoltura social. En el momento del tratamiento, el terapeuta debe ser muy tímido en este aspecto, si él refuerza este pensamiento en la paciente, esta puede tener miedo de ser descubierta o se sentirá incómoda por esta falta de autenticidad en su persona, por lo que puede dejar de acudir a consulta. De igual manera si en algún momento siente que el médico se ríe o se burla de ella, suspenderá la terapia por sentirse agredida.

RESULTADOS DE LABORATORIO

Según los textos, los exámenes de laboratorio demuestran una alteración del metabolismo basal, aumento de colesterol en la sangre, hipoglucemia, hipopotasemia, hipotiroidismo, contracciones musculares, hipovitaminosis A, hipercarotinemia, reacciones frente a la insulina, anemia por falta de hierro y baja en la eliminación de la hormona Folículo estimulante,¹⁷ así como alteraciones hepáticas y pancreáticas importantes.

¹⁷ <http://books.google.com.ec/books?id=dLJ7vmXqWdYC&pg=PA188&dq=sindrome+de+sheehan+y+anorexia>



CRITERIOS PARA LA HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES ANORÉXICOS

Presencia de complicaciones médicas graves y persistentes que amenazan la vida o la salud de la paciente hasta el punto de causar alteraciones que hacen ineficaz el tratamiento ambulatorio.	
Presencia de al menos una complicación mayor y tres complicaciones menores, o bien al menos seis complicaciones menores.	
Complicaciones Mayores	
Peso corporal < 75% del peso corporal ideal (PCI), con emaciación o caquexia	
Crisis hipoglucémicas o mareos	Alteraciones graves del equilibrio hidroeléctrico
Arritmias Cardíacas	Deshidratación grave
Complicaciones Menores	
Malnutrición Moderada, peso corporal < 85% de PCI	
Vómitos repetidos	
Bradycardia	Hipotensión
Hipotermia	Lanugo
Amenorrea durante tres períodos menstruales consecutivos	
Inanición aguda	Inestabilidad vasomotora
Alteraciones electrolíticas menores o hipoglucemia	
Hipotiroidismo	Anemia de origen nutricional
Lesiones Inducidas por el ejercicio físico	Atonía Intestinal
Alteración de la función renal	
La paciente ha sido estabilizada en algún servicio médico o pediátrico hospitalario para posteriormente sea remitida para tratamiento a una unidad de psiquiatría infantil y juvenil o una unidad de trastornos alimentarios	
Imposibilidad de conseguir el peso corporal esperado y un patrón adecuado de ingesta de alimentos tras 2 meses de psicoterapia ambulatoria semanal.	

Fuente: <http://books.google.com.ec/books?id=1qydXD4onKEC&pg=PA684&dq=Anorexia+signos+sintomas&lr=>
 30 de Julio, 2009 17h25

ANOREXIA COMO UN SINTOMA OBSESIVO

La anorexia nerviosa es considerada por algunos autores como un trastorno obsesivo compulsivo ya que conlleva síntomas tales como el impulso de comer o de no comer, la preparación ritualista de la comida, o la excesiva preocupación al momento de comprarla, el pensamiento obsesivo, la conducta compulsiva, el perfeccionismo, la agresividad, o alteraciones en la sexualidad, acompañados de miedo exagerado a engordar.

Los síntomas presentes en la anorexia son similares a los de la neurosis, teniendo estos una personalidad rígida, agresión interna así como externa, síntomas



histeroides, fobias. De igual manera estas personas están obsesionadas con la forma de su cuerpo y su imagen corporal, esta alteración es conocida como dismorfofobia. De igual manera existen alteraciones perceptivas que les impide diferenciar entre la obesidad y la delgadez.

ANOREXIA Y DEPRESIÓN

La depresión se presenta en algunos casos de anorexia, pero no se puede asegurar que la inanición provoca la depresión. La mala alimentación es la causa para dificultades en los neurotransmisores los mismos que contribuyen al funcionamiento normal del sistema Límbico-hipotalámico. Esto causaría una depresión mayor.

Al hacer un estudio genético familiar, se ve que la anorexia se da más en miembros de familias con trastornos afectivos, “y si así fuera esto sugeriría que tal vez hayan factores biológicos que den cuenta de las diferencias entre los pacientes en sus mecanismos de adaptación a la pérdida de peso”.

Hay quienes piensan que la depresión en personas anoréxicas fluctúa entre el 20 y el 100%. Eckert y colaboradores piensan que la depresión está asociada con complicaciones coexistentes y disminuye con la estabilización nutricional y la recuperación de peso. La depresión mayor se observa entre un 25 a 80% de los casos.

Keys y sus colaboradores piensan que la depresión es producto de la desnutrición, por tanto se manifiesta en personas sanas y emocionalmente estables.

Los síntomas ocasionados por la inanición son parecidos a los que se presentan en el trastorno depresivo primario, y estos son: falta de energía, sueño interrumpido, retracción social, disminución de la libido, disforia, dificultad en la concentración, anhedonia. Estos síntomas pueden ser no significativos para el diagnóstico.

La depresión y los trastornos de alimentación no están asociados íntimamente, ya que en algunos casos se han presentado antecedentes depresivos antes de la aparición del trastorno del comer, o episodios de depresión mayor luego de superar el mismo, lo que nos da a pensar que el trastorno afectivo incrementa la predisposición o desempeña algún rol en la patogénesis.



A través de los estudios genéticos se ha podido descubrir que los trastornos alimentarios y los afectivos son etiológicamente heterogéneos. Los estudios biológicos también manifiestan un génesis diferente para las dos alteraciones.

Cecile Rausch Herscovici y Luisa Bay en su libro *Anorexia Nerviosa y Bulimia* refutan la idea de que los anoréxicos son posibles suicidas, porque en los tratamientos que han realizado, al explicar a los anoréxicos el riesgo de muerte al que están expuestos, esto ha funcionado como un incentivo para que ellos empiecen a comer, pues manifiestan que la muerte no está en sus planes. Una amenaza de suicidio frente a una internación se ha determinado como otra manera de manipulación con sus padres.

LA BULIMIA NERVIOSA



DEFINICIONES

“La Bulimia Nerviosa es un trastorno severo de la conducta alimentaria en la cual muchos individuos, casi siempre mujeres, presentan con mucha frecuencia episodios de voracidad, vomitan habitualmente o, más raramente toman laxantes y/o diuréticos o cualquier acto realizado con el fin de prevenir el aumento de peso. El vómito es autoinducido y generalmente se produce cada día”¹⁸.

Se le ha otorgado diferentes nombres a este proceso anormal de alimentación, entre ellos: *Bulimarexia* (Casos en los que la paciente presenta Bulimia y Anorexia Nerviosa). *Ciclos de atracones Alimentarios-Purgas*, *Síndrome del Control Anormal – Normal de Peso*, *Síndrome del Gordo-Delgado*, *Síndrome del Caos dietético*, *hiperorexia*, *bulivomia*. Hilde Bruch (Experta en TCA) denominó personas “Gruesas-Delgadas” a los pacientes con síntomas de Bulimia Nerviosa.

Bruch observó que las personas con Bulimia son generalmente obesas antes de presentar dicho trastorno, posteriormente consiguen perder los kilos demás y lucir una figura esbelta, sin embargo siguen pareciéndose a las personas obesas por sus conflictos no resueltos y expectativas exageradas. La diferencia se marca en la menor cantidad de tejido adiposo de las personas con BN, pero su ansiedad no resuelta, la baja autoestima y confusión en relación al cause de su vida se mantienen presentes. Ellos consideran que el aspecto físico es el causante de sus dificultades y creen que controlando el peso lograrán arreglar sus vidas. La pérdida de peso no logra producir en ellos la confianza deseada, el éxito y la felicidad que buscan a través del físico, no es la respuesta a sus problemas, pero ellos no lo perciben de esta manera.

Después de los atracones generalmente hacen ayuno total para perder peso, lo que les produce una sensación de hambre que desencadena otro episodio de sobre

¹⁸ Raich, Rosa Ma. Anorexia y Bulimia. Trastornos Alimentarios.



ingesta, posteriormente se purgan para evitar los kilos demás, estableciendo entonces un círculo vicioso.

DATOS HISTÓRICOS

El término Bulimia procede del griego *bou* que significa buey y *limos* hambre lo que se interpretaría como hambre de buey o hambre extrema. Se han utilizado términos como “Vergüenza de cuerpo” o miedo a engordar, que erróneamente tratan de describir la patología. Desde hace más de un siglo se observan descripciones de bulímicos como Ellen West, mencionada por Binswanger y atendida por Bleuler en uno de los mejores sanatorios de la época

En el antiguo Egipto el vómito autoinducido o los purgativos eran utilizados todos los meses por las mujeres. De igual forma Hipócrates, médico griego recomendaba el vómito en sus pacientes con una frecuencia mensual, a fin de evitar dolencias.

Los romanos procedían a inducir el vómito después de festines o banquetes y continuar ingiriendo alimento por varios días consecutivos. En ocasiones estimulaban el reflejo vomitivo con una pata de ave en la garganta.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

La Bulimia se presenta generalmente en la adolescencia, aunque existe un número de personas que padecen de esta alteración en la edad adulta. Con frecuencia estos fueron niños silenciosos y de conducta intachable, siempre buenos y obedientes, ya que tenían miedo al rechazo o desaprobación de los progenitores, provocando ansiedad por complacer a sus padres, mostrándose maduros o independientes a una edad temprana. De adolescentes frecuentemente han sido fáciles de complacer, presentaban pocos problemas, su reacción ha sido siempre pasiva, buscando ganarse la aprobación de familiares y amigos.

Esta patología es por lo común poco fácil de reconocer, los afectados parecen comer normalmente cuando están con otras personas, la gran mayoría presenta un peso dentro de los límites aceptables para su talla y edad, los atracones se dan cuando están a solas. Las víctimas de la Bulimia son conscientes de que su peso cambia constantemente debido a la manera desordenada de alimentarse, estos



cambios se presentan en períodos cortos de tiempo por lo que tienden a usar ropa que oculte la verdad, auto engañándose y engañando a los demás.

Una de las razones para que este TA sea difícil de descubrir es que los enfermos parecen frecuentemente ser risueños y optimistas, llenos de vida y de seguridad en sí mismos. Muchas de ellos poseen talentos, son inteligentes y atractivos, su aspecto no permite reflejar su frágil autoestima y su profunda aflicción interna por la falta de control sobre la ingesta.

A medida que los enfermos se retraen en su mundo de atracón – purga, los sentimientos de aislamiento y de soledad y el miedo a ser descubiertos algún día, se vuelven cada vez más profundos.

Los atracones alimentarios producen estrés, lo que provoca un número mayor de atracones, creyendo que esto es lo único que aliviará su tensión, pero al contrario la hace más grande, formando una cadena difícil de romper.

Muchos de los pacientes son conscientes de que sus hábitos alimenticios son anómalos, pero sus sentimientos de culpa y vergüenza les impiden reconocer el problema, quizá durante años; asimilar que tienen un problema puede ser a veces una experiencia traumática y que en ocasiones requiera de muchos años para superarla. Con la ayuda profesional, al confesar su problema, se busca solución al mismo, la liberación del secreto guardado por mucho tiempo facilita la mejoría.

En un episodio bulímico se da la ingesta de 1.000 a 10.000 calorías o más, no siendo importante la cantidad de comida sino la sensación subjetiva del paciente. El tipo de alimentos ingeridos suelen ser altamente calóricos.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA

A. Presencia de atracones recurrentes: Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de



las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento. (Ejemplo. Sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D. La auto-evaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.¹⁹

CARACTERISTICAS	BULIMIA
Antecedentes.	Clase social mixta.
Edad de Inicio.	Entre los 16 y 45 años. La edad más habitual entre los 20 y 25 años.
Personalidad.	Extrovertida, expresiva, competente socialmente y experta en el ámbito sexual.
Hábitos de alimentación.	Atracones – purgas; los individuos recurren a la comida en situaciones de estrés, sienten que han perdido el control sobre la ingesta de alimentos.
Aspecto.	Generalmente dentro de los límites normales de peso y talla.
Actitudes con respecto al peso corporal y la estructura.	El peso es menos importante que los ciclos de atracón y purga.
Aspectos Fisiológicos.	En las mujeres alteración de la menstruación por el estrés y el consumo desordenado de alimentos; los efectos secundarios de los vómitos son las caries y diarreas.
Actitudes frente al problema alimentario.	Conciencia y preocupación por el problema que conduce a las personas a solicitar ayuda.
Depresión.	Sentimiento de repugnancia y cólera hacia si misma por la falta de autocontrol.

¹⁹ DSM IV; Editorial Masson S.A; 1995; pag 563-564.



ETIOLOGIA Y PATOGENIA DE LA BULIMIA

La primera descripción de Bulimia Nerviosa es dada por Gerald Russell en 1979, evidenciándolo como una evolución extraña de la AN, en vista de la creciente cantidad de personas que padecen este cuadro en diversos países, superando incluso a la Anorexia. Menciona un estudio en 30 mujeres jóvenes con peso normal que presentan síntomas bulímicos como el deseo irresistible por comer exageradamente, seguidos por auto purgas.

Faiborn y Cooper en 1984 descubrieron que una dieta estricta era el desencadenante para los atracones alimentarios frecuentes y que un atracón exagerado era el que producía la conducta de vómito²⁰ ya que estas influyen en los neurotransmisores y estos a su vez afectan los mecanismos del apetito y de la saciedad. Otro estudios realizados han demostrado diferencias en las preferencias por lo dulce o salado en personas anoréxicas restrictivas, en anoréxicos bulímicos, y en pacientes bulímicos con peso normal.

Curiosamente Hatsukami en 1984 revela que con frecuencia las mujeres que padecen bulimia habían padecido algún trastorno afectivo en el pasado, también manifestaban abuso de alcohol y sustancias. A pesar de lo expresado no se puede aseverar que la bulimia está siempre asociada a un trastorno afectivo y apenas un 30% de bulímicas han presentado episodios de AN y estos han sido de corta duración. La Bulimia Nerviosa se puede analizar como un problema adictivo.²¹

Según el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota, en el que se comparó mujeres con BN y mujeres que abusaban de sustancias; se encontró entre los dos grupos datos sobre perfiles similares y escalas elevadas en depresión, impulsividad, ira, rebeldía, ansiedad, rumiación, retraimiento social y pensamiento idiosincrásico.

²⁰ Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria; Traducción española; Medical Trenes SL. 2000. pag 75

²¹Revista "Trastornos de la Conducta Alimentaria" Traducción española; Medical Trenes SL. 2000. pag 75.



En la Escala de Adaptación Social se llega a la conclusión de que las mujeres bulímicas tienen bajo nivel en áreas de adaptación (laboral, social y de ocio, relaciones con otros familiares, rol de esposa, madre y miembro de una familia).

Powers y Cols aseguran que un 77% de personas bulímicas pueden presentar trastornos de la personalidad.

FACTORES DE RIESGO PARA LA BULIMIA NERVIOSA

Existen diversos factores que pueden conducir a la Bulimia, y estos son:

- Tendencia a la depresión.
- Tendencia a la dependencia de sustancias.
- Predisposición biológica a la obesidad.
- Educación del mundo occidental, con las presiones para estar delgado, los mensajes publicitarios contradictorios sobre la comida y los conflictos a cerca del papel sexual.
- Propensión al deseo irresistible de consumir hidratos de carbono en el período premenstrual.
- Algunas profesiones.
- Alteraciones de neurotransmisores químicos cerebrales.
- Otros factores individuales.

Tendencia a la depresión o al uso de sustancias

Como se mencionó anteriormente las personas que tienden a la depresión o al abuso de sustancias pueden tener cierta predisposición a desarrollar bulimia. Estudios clínicos realizados manifiestan que con frecuencia los enfermos proceden de familias en las que se identifica una elevada incidencia de uno de estos dos problemas, o de una combinación de los mismos. No se sabe a ciencia cierta si la genética o la influencia familiar contribuyen a la aparición de esta enfermedad. Una teoría sostiene que las víctimas aprendieron en la infancia a identificar el consumo de sustancias o alimentos como elementos que aliviaban la tensión.



Algunos individuos depresivos recurren al uso de sustancias como “analgésico” mental, otros van hacia los atracones como paliativos emocionales.

Predisposición biológica a la obesidad

Se piensa que las personas con tendencia a la obesidad corren el riesgo de ser bulímicas a consecuencia de tener que ejercer un mayor control de lo normal sobre la ingesta de alimentos para poder estar delgadas y obtener una figura esbelta.

La tendencia a la obesidad se desarrolla en los primeros meses de vida cuando las células adiposas se están formando y la sobrealimentación en este período puede alterar su metabolismo.

Las mujeres que manifiestan esta inclinación pueden no haber sido obesas en la niñez o la adolescencia, ya que en estas etapas el cuerpo necesita gran cantidad de energía para el crecimiento, después de la pubertad necesitan menor energía, pero consumen la misma cantidad de alimentos, lo que produce el sobrepeso. Los centros de apetito del cerebro igual conservan la necesidad de las células adiposas, manteniendo niveles elevados durante toda la vida, lo cual dificulta que las personas logren bajar de peso.

Estudios demuestran que mientras más dietas se realice y más atención se de al peso, se producirán ingestas desmesuradas por la ansiedad, con el tiempo esto es un factor de riesgo para desarrollar bulimia.

Educación en el mundo occidental

Presión por la Delgadez. En las culturas occidentales la mujer está sometida a una gran presión socio-cultural por la importancia que se le concede a la imagen “ideal” o al estilo de vida según la moda, sobre valorando la delgadez. Los mass media no son realistas, pero contribuyen a que se afecte la auto-imagen. La publicidad está dirigida principalmente a las mujeres ya que ellas son las principales consumidoras de la sociedad, así como las que más se preocupan de su apariencia, silueta y peso.



Es una regla común que para los anuncios publicitarios de toda índole se busque a mujeres jóvenes y bonitas que con frecuencia son adolescentes y esto conduce a pensar que la felicidad está en los cuerpos delgados, y quienes no entren en esos cánones no pueden ser felices, haciéndoles pensar que el obstáculo para su éxito es su propia apariencia física.

Las adolescentes que son personas más vulnerables, asimilan lo que ven en los medios de comunicación y piensan que para tener éxito personal deben alcanzar la imagen corporal dada en los mass media.

Es importante destacar que a través del tiempo el prototipo de mujer es el contrapuesto para la época, por ejemplo en los años 40 o 50, cuando era más fácil que la mujer sea delgada, el cuerpo deseado era el voluptuoso, y en la actualidad, cuando hay más facilidad para que la mujer sea gruesa, gracias a los complementos alimentarios, el ideal es la mujer delgada. Esta imagen contradictoria es simplemente producto de las imposiciones de la moda, ya que siempre el hombre a preferido la figura femenina redondeada.

En sociedades como la India o Medio Oriente, en donde no se ha desarrollado esta imagen “opuesta” la Bulimia y la Anorexia Nerviosa son poco frecuentes. Sin embargo cuando las féminas procedentes de estos países se han expuesto a la cultura occidental, algunas de ellas han padecido estas enfermedades.

Los hombres se ven cada vez más afectados por este ideal, tanto en el campo laboral y social. Si analizamos la imagen del hombre de los medios de comunicación este casi siempre es delgado y simboliza éxito, poniendo así en riesgo su tranquilidad ya que con frecuencia las personas delgadas son más fácilmente promovidas que las de peso elevado, estas tienden a ser consideradas más dinámicas e inteligentes y los obesos como apáticos, perezosos y falta de carácter.

Mensajes Contradictorios sobre la Comida. En varias revistas de moda aparecen con mucha frecuencia “dietas mágicas” que promulgan el cuerpo perfecto que da felicidad a la vez que aparecen fotografías y recetas de platos deliciosos que provocan caer en la tentación, pues de esta manera el mensaje que se les da a las mujeres principalmente es ambiguo.



Conflicto del Papel Sexual. Al igual que el punto anterior, el rol sexual pone a la mujer en una encrucijada entre lo que la sociedad le exige que sea y lo que la corriente feminista propone.

Los cambios hormonales durante la fase premenstrual provocan la disminución del azúcar en la sangre, llegando a niveles anormales. Existen mujeres más sensibles a dichos cambios, lo cual produce un deseo irresistible de alimentos dulces, ricos en calorías, pocos días antes de la menstruación. Los mecanismos protectores del organismo para niveles el azúcar predisponen a los atracones. La adrenalina es la hormona liberadora de azúcar en el cuerpo, pero posee efectos secundarios como son sensación de pánico, tensión e irritabilidad. Si esto ocurre, la ingesta de alimentos proporciona alivio momentáneo fisiológico como psicológico.

Algunas Profesiones

Ciertas profesiones son muy exigentes con el peso y la imagen corporal y requieren que una persona mantenga su peso de un 10 a 15% más bajo de lo normal. Dentro de este grupo de actividades estarían las modelos, los patinadores, bailarines, gimnastas, jockeys, azafatas y atletas, quienes están sometidos a una tensión permanente para mantener su peso dentro de los límites establecidos, pudiendo llegar a vomitar después de comer como recurso para controlar el mismo, a la larga esto se puede transformar en bulimia.

Alteración de los Neurotransmisores Cerebrales

Últimas investigaciones indican que en las víctimas de la Bulimia los niveles de Serotonina son anormalmente bajos. Esta sustancia participa en la sensación del apetito y la saciedad y también en el control de la conducta impulsiva. Cantidades mínimas de la misma produce depresión, por lo que algunos fármacos antidepressivos pueden ser favorables para bulímicos, ya que colabora a elevar la serotonina. La alteración bioquímica de los neurotransmisores cerebrales podría ser importante para el desarrollo y mantenimiento de la Bulimia.

Otros factores individuales que predisponen a la bulimia

Aparte de los factores antes expuestos, otros indicadores de bulimia son la baja autoestima, los antecedentes de sobrepeso y sobre todo la presencia de anorexia nerviosa; enfermedad manifiesta en casi el 50% de Bulímicos.

FACTORES DESENCADENANTES Y PERPETUANTES DE LA BULIMIA



El principal factor desencadenante es el inicio de una dieta, que se da después de un aumento de peso, o porque la persona con peso dentro de los límites normales se ve “gorda” es decir, se siente insatisfecha con su propio cuerpo. Las variaciones del estado de ánimo, como ansiedad, tristeza, cólera o aburrimiento pueden precipitar los atracones.

Como factores perpetuantes tenemos las alteraciones emocionales, tales como: sobre ingesta descontrolada, lo que produce sentimientos de ansiedad, culpa y vergüenza y el mal funcionamiento de la glándula tiroidea. En otros casos se da la disminución de la sensación de saciedad debido a la falta de serotonina, por lo que el individuo come más.

SUBTIPOS DE LA BULIMIA

Según el DSM IV se puede encontrar la Bulimia de tipo purgativo y no purgativo.

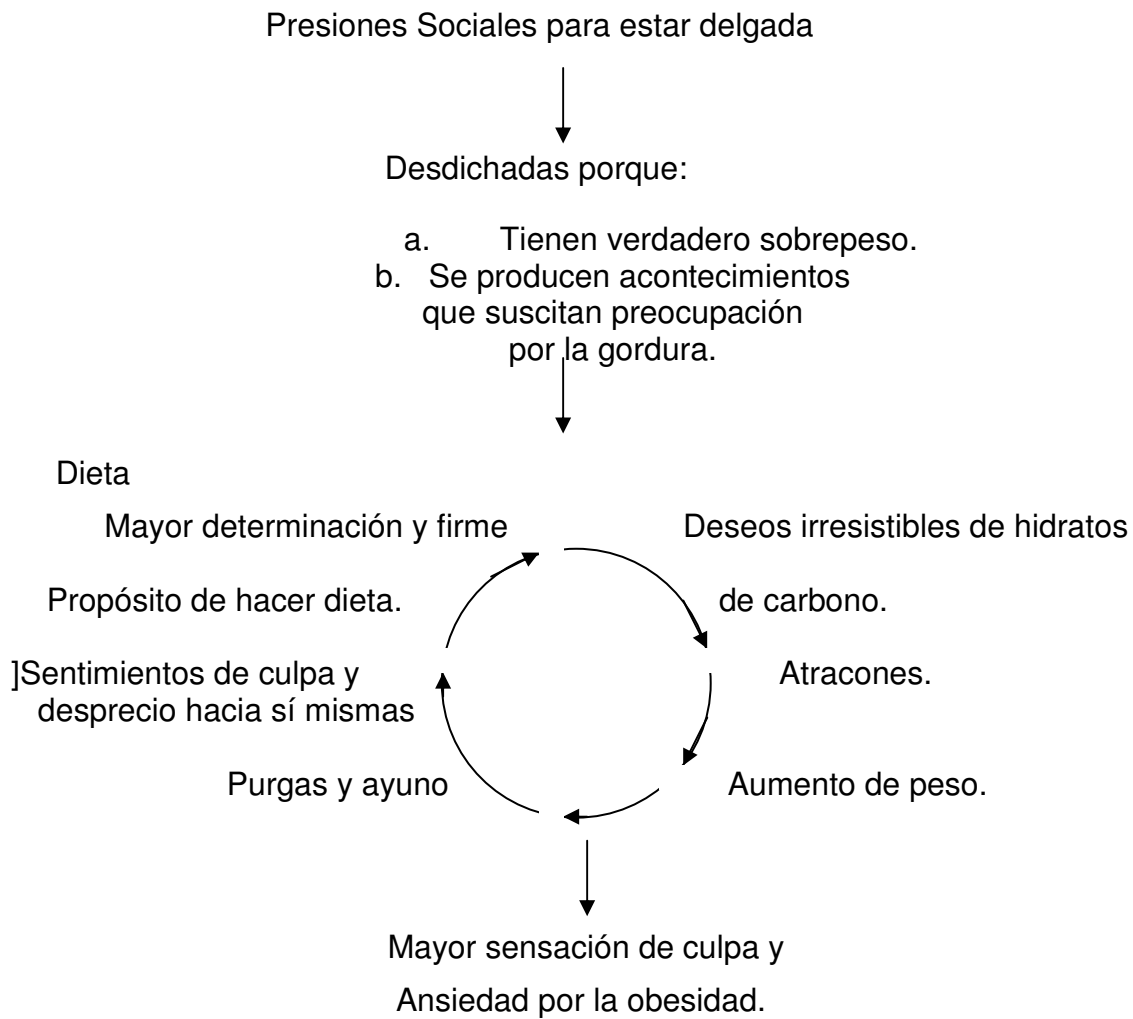
Tipo purgativo. Cuando el enfermo se provoca el vómito y hace mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. La persona ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, tales como ayunar o ejercicio intenso, pero no se ha provocado vómito ni hay mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.



CURSO DE LA BULIMIA NERVIOSA

Barbara French en el libro sobre Bulimia menciona el curso que lleva esta patología:



La sobre-ingesta de alimentos empieza entre los 15 y los 24 años, las causas pueden ser las siguientes:

- Presiones sociales para estar delgada.
- Episodio preocupante o auto preocupación por el peso.
- Acontecimiento estresante que produce ansiedad.

En muchos casos se produce por la ansiedad y el temor a engordar en los años de adolescencia. Estas adolescentes pueden haber presentado sobrepeso o ellas se consideran que están gordas, desarrollando aversión sobre su silueta.

Presión de personas de la misma edad por tener un aspecto delgado y atractivo y el competir por la atención de alguien del sexo opuesto también provoca miedo a la obesidad.

Dietas exageradas sin control médico son factores desencadenantes para los atracones bulímicos, se ingieren alimentos prohibidos por ellas mismas, se produce la culpa y la consecuente ansiedad.

Los factores estresantes que desencadenan los atracones bulímicos pueden ser: antes de exámenes, por un ambiente familiar desordenado o en familias disfuncionales, tras el miedo de la inseguridad al variar la protección paterna, la muerte de un ser querido o una enfermedad grave en la familia, un trabajo nuevo o poco satisfactorio, la ruptura de una relación importante, abandono de una carrera por motivos del hogar, entre otros.

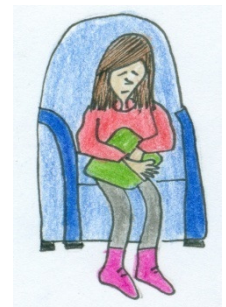
Dos hechos que deben ser resaltados son la pérdida de independencia económica, este hace que las personas traten de compensar sus frustraciones a través de la comida, y la carencia de una relación afectuosa y satisfactoria, especialmente por la pareja, pues se pueden preocupar constantemente lo que su pareja piensa de ellas, sentirse incomodas en las relaciones sexuales porque tienen miedo al rechazo y aguantar relaciones insatisfactorias porque son incapaces de expresar sus sentimientos, necesidades y deseos.

Los acontecimientos estresantes descritos anteriormente pueden ser causas primordiales para una depresión y complicar el cuadro de la bulimia.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA BULIMIA

La gravedad de la bulimia depende de:

- Tiempo de evolución de la enfermedad.





- Capacidad del organismo para tolerar y contrarrestar las alteraciones químicas subsiguientes a las irregularidades de la alimentación.
- La frecuencia y regularidad de la conducta atracones-purgas.
- Calidad nutritiva de los alimentos absorbidos durante los episodios de atracones y purgas.

Efectos Secundarios de los Atracones

- Distensión y dolor abdominal.
- Hinchazón de las manos, piernas y pies.
- Inflamación de glándulas salivales alrededor de la cara y mandíbula.
- Sensación de cansancio, náuseas, falta de aliento y mareo.
- Predisposición a las caries y a la piorrea como consecuencia de los atracones ricos en hidratos de carbono.

Efectos Secundarios de los Vómitos

Estos producen alteraciones como las siguientes:

Hipoglucemia. El organismo segrega una cantidad de insulina mayor a lo normal por falta de nutrientes en la sangre producida por los vómitos. A consecuencia la insulina produce mayor consumo de la poca glucosa encontrada llegando a darse síntomas desagradables, incluso graves para la persona.

Desequilibrio químico. El potasio y el sodio son eliminados progresivamente del cuerpo a causa de los vómitos autoinducidos, el abuso de laxantes y diuréticos. Estos dos minerales son importantes para el funcionamiento adecuado de los músculos y al alterarse aparecen complicaciones metabólicas como: Debilidad muscular, entumecimiento de los dedos de manos y pies, falta de concentración y disminución de la presión arterial.

Problemas dentales. Al producirse los vómitos, los ácidos gástricos atacan al esmalte de los dientes, produciendo su desgaste. El trabajo que pueda dar el odontólogo por mejorar los mismos no será eficaz a menos que la paciente modifique sus hábitos alimenticios.



Hemorragias en el tracto intestinal superior. Los vómitos autoinducidos producen formación de ampollas y hemorragias en la garganta y el esófago, incluso llegando a producirse la ruptura del mismo, que requieren ya de una cirugía.

Déficit de proteínas. El abuso de laxantes o los vómitos autoinducidos provocan un déficit de proteínas, este produce acumulación de agua en los tejidos, los signos son: cara abotagada, con párpados hinchados al igual que los tobillos y los pies.

Efectos Secundarios del Abuso de Laxantes

Las personas que abusan de estos medicamentos se sienten cansadas, apagadas, debido al desequilibrio químico interno, pudiendo llevar a la muerte. La diarrea crónica provoca deshidratación y pérdida de sales y minerales del organismo que pueden traducirse en la pérdida de fuerza muscular y arritmia. El consumo excesivo de los laxantes lleva a la pérdida del tono intestinal y al estreñimiento que impulsa a las víctimas a un abuso mayor de estos productos.

Cuando la bulímica deja de inducirse vómitos y tomar laxantes, tienen una sensación desagradable de hinchazón y llenura, siendo estos síntomas asociados a la rehidratación.

Efectos Secundarios de Estimulantes y Abuso de Alcohol

Algunas personas utilizan las anfetaminas y el alcohol como medio para evadir las presiones de la vida cotidiana, estos afectan al sistema nervioso central, disminuyendo la elaboración de adrenalina, hormona que contribuye a la acción y a la huida. Los efectos de las anfetaminas son: aumento de energía, disminución de apetito y sueño, mejora el humor, falta de concentración, falta de coordinación física.

Al pasar los efectos de este estimulante la bulímica se siente irritable y confusa y da lugar a la depresión; esto le lleva a tomar otra dosis para sentirse bien; a la larga esto produce dependencia porque se requiere cada vez dosis más altas para sentirse bien esto desemboca en alucinaciones y manía persecutoria.

El abuso del alcohol al igual que las anfetaminas te da una sensación pasajera de bienestar, pero al desaparecer el efecto estimulante la persona entra en depresión.

De igual forma cada vez necesitan dosis mayores de alcohol para evadir la realidad y se producirá también dependencia.

Amenorrea y Osteoporosis

La pérdida de peso produce niveles bajos de estrógenos, por tanto amenorrea. Las mujeres bulímicas son propensas a tener desmineralización de los huesos, por tanto corren mayor riesgo de fracturas, presentándose la osteoporosis a edad temprana. La normalización en la ingesta de alimentos regenera la menstruación, pero la cantidad de calcio en los huesos no se restablece a niveles normales.



COMORBILIDADES PRESENTES EN LA BULIMIA

Depresión

La depresión en la bulimia podemos detectarla por las siguientes manifestaciones:

- Sensación de desesperación, fracaso, desesperanza y de no poder remediar las cosas.
- Falta de interés por las relaciones íntimas, familiares o de amistad.
- Falta de interés por las aficiones.
- Falta de concentración y memoria.
- Culpabilidad y baja autoestima.
- Indecisión y aislamiento.

Los síntomas físicos son los siguientes:

- Ingesta excesiva por ansiedad.
- Dolores de cabeza frecuentes.
- Gran sensibilidad y deseos de llorar.
- Nerviosismo e intranquilidad.
- Insomnio y cansancio.



Existen tres tipos de depresión:

La endógena. Aparentemente no hay causa que la origine.

La secundaria. Como consecuencia de una enfermedad física. Como hepatitis infecciosa, herpes, gripe.

Depresión Reactiva. Es la más frecuente. Se presente después de una pérdida, ruptura amorosa, después de casarse o después del parto, o circunstancias en las que la persona sienta que ha perdido su libertad. Los individuos difieren en el tiempo de elaboración para estas pérdidas, las que no superan el duelo, pueden alcanzar una depresión crónica al no pasar los estadios de aceptación y adaptación por lo que añoran lo perdido y lo buscan emocionalmente, llevándoles a la melancolía, el ambiente de su alrededor se vuelve triste y oscuro, tienen miedo al futuro, son irritables, no encuentran sentido a la vida y no descubren nada positivo en sí, pudiendo ser peor para las personas que carecen de una relación íntima y afectiva con una pareja.

La depresión puede convertirse en forma de vida y las víctimas de esta, pueden manipular su ambiente en algunas ocasiones e incluso rehuir de responsabilidades.

El cambiar el punto de vista de los bulímicos puede ser un empujón para una mejoría ya que de esta manera eliminarán el negativismo de sus vidas, deben combatir los sentimientos de culpabilidad o fracaso, dejando de ser un ente pasivo en la enfermedad. Algunas opciones para trabajar el esquema mental son:

- Tratar de demostrar que sus propios pensamientos son erróneos.
- Cambiar los pensamientos pesimistas por otros que le conduzcan a la acción positiva.
- Mantener un registro diario de los pensamientos negativos que acuden a su mente al estar deprimido.
- En lo posterior plantearse preguntas que permitan contrarrestar la visión de sí mismo y del mundo, en base a preguntas que demuestren cuan real es este pensamiento.
- El cambio planteado no será sencillo al principio.



El síndrome premenstrual

La depresión se puede dar en este período por la baja de progesterona y el consecuente desequilibrio emocional por los cambios que se suelen producir antes de la menstruación.



TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los trastornos de la conducta alimentaria se producen por la interacción de varios factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales y culturales que determinarán el abordaje de acuerdo a la magnitud de cada uno de ellos, demandando una atención integral para el manejo del caso. Dependiendo de las circunstancias se decidirá el tipo de tratamiento adecuado para cada paciente, estos pueden ser de tipo ambulatorio en los que pueden intervenir e interactuar diferentes terapias y de tipo hospitalario que en relación a la gravedad de la circunstancias se subdivide en Hospital de Día e Internamiento Completo.

El punto básico para solventar la mejoría psicológica del paciente es alcanzar un nivel ponderal adecuado, para lo cual el nutricionista deberá alcanzar un primer objetivo que es recuperar el peso en la persona, se debe establecer el IMC adecuado para la edad, el sexo y la estatura y alcanzar paulatinamente un peso saludable que permita la recuperación de la función ovárica y detenga el proceso de desmineralización. En el caso de la AN no cabe duda que los mejores resultados del tratamiento están relacionados con la recuperación ponderal, lo que facilita la mejoría del estado de ánimo, los trastornos conductuales, los pensamientos alterados relativos a la comida. En el caso de las mujeres anoréxicas, la presencia de la menstruación y la detención del proceso desmineralizador es síntoma de haber alcanzado un peso normal

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Existe gran variedad de terapias ambulatorias eficaces al momento del tratamiento, pero ninguna de estas ha sido validada a largo plazo. En la práctica se observa que



es indispensable un abordaje multidisciplinario de carácter biopsicosocial. La psicoterapia es el tratamiento ambulatorio de mayor elección.

TERAPIA PSICODINÁMICA

El abordaje psicodinámico se desprende de la teoría psicoanalítica. Para su aplicación requiere la comprensión de la psiquis entendiendo las movilizaciones del sujeto; busca resolver los conflictos intrapsíquicos y apunta siempre al trabajo del *insight*²². Dentro de la perspectiva psicodinámica se observa a un síntoma como la representación de un conflicto infantil subyacente. El objetivo es brindarle al paciente un espacio tranquilo y confiable en donde pueda compartir su mundo subjetivo, encontrar significado a sus síntomas y controlar sus emociones, por lo que las intervenciones del terapeuta deben ser muy medidas y controladas.

Otro aspecto relevante será la determinación inconsciente de deseos, motivaciones o miedos, que pueden expresarse a través de mecanismos de defensa a fin de liberar la carga de deseos o percepciones reprimidas. Refiriéndonos específicamente al caso de los Trastornos de la conducta alimentaria es utilizada cuando las terapias breves no han dado buenos resultados. Es de mucha importancia tomar en cuenta la teoría de las pulsaciones, las relaciones objetales la psicología del ego o la psicología del *self*²³. Es de utilidad en cuanto los adolescentes entiendan el significado de sus síntomas manifiestos, encontrando así alternativas para lidiar con el sufrimiento psíquico. Los estudios determinan que es eficaz al momento de mejorar los síntomas y prevenir las recaídas, pero no surte efecto si es aplicada como terapia única. El terapeuta psicodinámico debe prestar gran atención al trasfondo de los síntomas ya que cada uno tiene un sustento personal en las etapas de desarrollo del sujeto.

En la Anorexia Nerviosa puede ser muy indicada individualmente, pero con alguna frecuencia genera una recaída en cuanto al peso, por lo que es necesario trabajar en coordinación con la terapia nutricional. Este factor físico puede tener una gran

²² *Insight*. Término utilizado en psicoanálisis, significa literalmente “mirar hacia adentro”. En psicología es utilizado para designar la conciencia y la comprensión de la dinámica y los síntomas de la conducta.

²³ *Self*. Término psicoanalítico que significa “sí mismo”. Para entenderlo en un nivel clínico es utilizado para designar la personalidad del sujeto y además lo vivido y percibido por el individuo.



mejoría cuando los conflictos internos hayan sido superados. Referente a la Bulimia se ha observado que es favorable respecto a la mejoría de comorbilidades existentes, disminución de ansiedad y relaciones sociales; así como en los casos complejos de esta patología. Pero en ambas circunstancias lo que busca es mejorar la autoestima y el respeto por sí mismos, descubriendo los mecanismos de defensa que utilizan

No todos los pacientes son aptos para aplicar a una terapia psicodinámica, debemos considerar la facilidad económica, debido a la duración del tratamiento, el fácil acceso al mundo intrapsíquico, la capacidad de controlar los impulsos y la motivación para evidenciar el insight. Como contraindicaciones para seguir la terapia psicodinámica será la gravedad del estado físico, la impulsividad, el comportamiento alimentario, la tendencia al suicidio y otras comorbilidades importantes.

Fallon y Bunce en su libro *La Perspectiva Psicoanalítica* aportan algunos ítems que pueden ser tomados como criterios diagnósticos para la inclusión o exclusión a la psicoterapia dinámica, al igual objetivos terapéuticos a corto y largo plazo:

- Patrón de relaciones familiares.
- Capacidad de introspección
- Función del ego
- Rasgos de personalidad y desenvolvimiento psíquico
- Motivación para el tratamiento.

Objetivos a corto plazo:

- Desarrollo de la alianza terapéutica.
- Desarrollo de una observación de sí mismo.
- Concientización de los estados afectivos
- Reconocimiento de los patrones de conducta que sean incongruentes con sus objetivos.

Objetivos a largo plazo:

- Comprensión del funcionamiento del síntoma

- Mejora de la autoestima
- Posibilidad de establecer una distinción más clara entre el mundo
- Mejora sintomática y del funcionamiento social.



TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

La terapia cognitiva – conductual es una intervención objetiva, semi estructurada, orientada hacia metas de tipo cognitivo, emocional y comportamental, mas no de tipo psiquiátrico.

Como hemos dicho anteriormente los trastornos de la conducta alimentaria se dan como resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos sociales, culturales y la experiencia personal que tenga cada individuo de cada evento, siendo justamente este punto del que se ocupa la terapia cognitiva conductual (TCC) al tratar de identificar y corregir estas percepciones erróneas que favorecen al desarrollo y la mantención de alteraciones cognitivas. La TCC ha sido utilizada como una técnica válida para la mejoría de los TA.

En grandes rasgos la TCC presenta cuatro pasos a seguir para alcanzar un objetivo:

- Intensificar el conocimiento de la paciente sobre sus propios patrones de pensamiento.
- Enseñar a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.
- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta²⁴.

Respecto a la Anorexia Nerviosa la terapia apunta a disminuir la restricción alimenticia así como el ejercicio excesivo, mediante el trabajo de la distorsión de la imagen corporal y las creencias que sustentan esta alteración.

²⁴ Tannenhaus, Nora; Anorexia y Bulimia; P&J Editores; Barcelona; 1995, pag 113



Disminución de la restricción alimentaria

La normalización del proceso alimenticio se inicia con la discusión y análisis de los factores que favorecen a la mantención de la restricción dietética y la regulación de peso. El tratamiento se enfoca en la regularización del horario de alimentación y la exposición a la comida y a las situaciones frecuentemente evitadas.

Disminución de la frecuencia de actividad física

Se fortalece las actividades que desarrollen las relaciones sociales y la ruptura de la rutina de ejercicio exagerado, de igual manera se hace el análisis de los factores que hayan fortalecido este comportamiento.

Abordaje de la distorsión de la imagen corporal

El abordaje de la distorsión de la imagen corporal es un punto neuronal para la atención de la AN e involucra tres componentes: La percepción del tamaño corporal, el grado de ansiedad asociada a la apariencia y el comportamiento de evitación de exposición corporal. Existen varias técnicas para lograr el objetivo, entre ellas está la descripción del paciente sobre su cuerpo frente a un espejo y la participación del terapeuta con el trazo de su silueta real para crear una correlación entre la realidad y la percepción errónea. De igual forma se puede utilizar el cerrar los ojos y pedir a la persona que trate de tocar su abdomen o su contorno a lo que lo hacen en una dimensión sumamente distorsionada, en esta ocasión el terapeuta participará acercando los brazos de la persona a su tronco y evidenciando la diferencia nuevamente de la realidad a la percepción. Es recomendable de igual manera sugerir y a veces exigir que el sujeto utilice ropa pegada al cuerpo y abandone el ropero que escondía su verdadera figura. Es indispensable para la disminución de ansiedad que la persona modifique su ideal de imagen corporal y aprenda a lidiar con su real cuerpo aún si este tenga ciertas imperfecciones.

Modificación del sistema de creencias

La terapia cognitiva conductual presupone un importante sistema de creencias y valores que sostienen el comportamiento y sus sentimientos a cerca del cuerpo, el



peso, el valor personal y la alimentación. Un error común es equilibrar el peso o el físico en relación al valor de la persona, sin tomar en cuenta verdaderos valores interpersonales. Para los pacientes con TCA la gordura se asocia a incompetencia e inferioridad y por consecuencia deterioro en el autoestima.

Uno de las disfunciones del raciocinio es la selección de la información que refuerza sus creencias y el ignorar las que pueden cuestionarlas. Las técnicas están enfocadas en enseñar al paciente a distinguir las ideas que pueden estar distorsionadas, analizarlas y utilizar todas las evidencias que para confirmar o refutar el pensamiento distorsionado, tornándolo más funcional. Es importante entrenar al paciente a analizar sus creencias, al inicio con una participación activa del terapeuta, pero paulatinamente empoderarlo del proceso e impulsarlo a ser su propio terapeuta.

Abordaje de Autoestima

Con la disminución de la ansiedad generada por las altas expectativas personales se llega a la mejor aceptación de la persona y sobre todo de su apariencia física, fomentando también la adquisición de logros pequeños y la valoración de cualidades existentes. Las pacientes con AN son generalmente personas con dificultades sociales a quienes se les hace muy difícil expresar sentimientos o pensamientos, iniciar o mantener conversaciones, hacer pedidos, rehusar críticas y sostener su criterio. Estos son los aspectos que se deben trabajar con gran ahínco a fin de motivar al sujeto y modificar sus habilidades interpersonales, desarrollando concepto de auto valía y mejora de la autoestima.

Valoración de eficacia

Los logros de la terapia cognitiva conductual como la reducción de pensamientos distorsionados, el control sobre la comida, el mejoramiento del funcionamiento sexual o el humor pueden ser utilizados como logros valiosos al momento de la terapia. Para que estas técnicas tengan resultado es primordial que la paciente y el terapeuta examinen situaciones futuras que puedan alterar el comportamiento del sujeto y desarrollen un plan de prevención.



La terapia cognitiva conductual resulta muy eficaz en los casos de Bulimia Nerviosa, pues apuntan a la normalización de patrones alimenticios y el desarrollo de estrategias para controlar la compulsión por alimentarse y disminuir las conductas compensatorias. Esta terapia aborda también la autoestima, la modificación de la imagen corporal al igual que las creencias disfuncionales.

Control de episodios de compulsión alimenticia e inducción al vómito

Los episodios de compulsión alimenticia (ECA) se producen a continuación de la restricción alimenticia y por los mecanismos compensatorios usados para controlar el peso, por lo cual es indispensable evidenciar una relación entre estos para poder aplicar la terapia en base a técnicas de autocontrol de la ansiedad, tristeza y otros sentimientos negativos que puedan propiciar los episodios compulsivos o los actos compensatorios.

Supresión del uso de laxantes y diuréticos

Esta se realiza gradualmente mientras se regula la alimentación, debe explicarse a la paciente que con mucha frecuencia se sube de medidas en esta fase, pero este aumento se debe a retención de líquidos más no a gordura.

Modificación de sistema de creencias

Es frecuente a las personas que sufren de BN un pensamiento extremo, para ellos las cosas son blancas o negras sin haber un término medio, es así que se someten a dietas muy estrictas y al vencer a la tentación realizan ingestas copiosas, generalmente de alimentos ricos en calorías. Es importante en la terapia reeducar a la persona y romper la rigidez con la que actúan, disminuir la importancia que dan a los fracasos pequeños que refuerzan su baja autoestima y modificar las ideas negativas asociadas a la alimentación.

Validación de la eficacia



La terapia cognitiva conductual ha sido de gran eficacia respecto a la disminución y espaciamiento de los ECA, así como de las conductas compensatorias o de restricción alimenticia

Modificación de los hábitos alimenticios

Es indispensable la re educación a los pacientes que hayan desencadenado ECA, con la ayuda de los terapeutas los pacientes se entrenan para tener una alimentación balanceada y flexible que elimina el pensamiento blanco o negro. Se debe también trabajar en el control de estímulos.

Aumento de Actividad Física

Se debe desarrollar estrategias que disminuyan el exceso de actividad y elegir los ejercicios que puedan tener una rutina flexible y diferente, además de prever situaciones que requieran de ejercicio y las posibles soluciones para las mismas.

Abordaje de Autoestima

Los pacientes que sufren BN han sufrido con frecuencia humillaciones por su físico, lo que ha deteriorado su autoestima, por lo que es necesario trabajar sobre sus sentimientos de inferioridad y vergüenza, y generando sentimientos de aceptación.

TERAPIA NUTRICIONAL

La intervención y reeducación nutricional son pautas fundamentales en la recuperación de las pacientes, con el trabajo de un equipo multidisciplinario que modifique los comportamientos relacionados al peso y a la alimentación.

La American Dietetic Association (ADA) sugiere un tratamiento de dos fases: una fase educativa que puede ser abordada netamente por los nutricionistas y otra fase experimental que requiere del abordaje mancomunado del nutricionista y un psicoterapeuta. La fase educativa tiene como objetivo fundamental la transmisión



de la historia alimentaria, de los hábitos de comer y los patrones de consumo alimentario a fin de lograr una relación de colaboración y definición de conceptos sobre los alimentos, a más de realizar una orientación básica a la familia. La fase experimental tiene objetivos más terapéuticos que incluyen: separar comportamientos relacionados al peso y a la alimentación de los sentimientos y la psicología de la persona, incrementar los cambios del comportamiento alimentario, aumentar o disminuir el peso gradualmente (ya sea en AN o en BN), orientar al mantenimiento del peso adecuado y el manejo alimentario en ocasiones sociales.

La terapia nutricional requiere de un largo trabajo y se enfrenta a dinámicas complejas de relaciones humanas, por lo tanto los nutricionistas requieren desarrollar habilidades psicoterapéuticas y consejería educacional y comportamental y sobretodo actitud empática para comprender y manejar el poder de la manipulación y la magnitud de la negación en los pacientes que inconscientemente no concuerden con las pautas sugeridas en la terapia. Se requiere también que la terapia sea flexible y comprenda el miedo sobre la alimentación y el peso, trate de evitar comentarios que puedan afectar la sensibilidad de la adolescente, debe ser optimista y paciente, mantener comunicación constante con los otros profesionales a cargo y jamás pretender una presencia controladora que alejaría al sujeto de la terapia.

El tratamiento nutricional requiere el manejo de una tabla de registro alimentario diario (Tabla 1) en la que los pacientes anotan la hora, el lugar, la calidad y cantidad de alimentos a más de un detalle del sentimiento asociado al comer y un acto de purgación en el caso de que se presente. Este trabajo se realiza como una técnica de auto control del comportamiento alimentario en el que se toma conciencia de la alimentación y el sujeto puede evidenciar también los logros a corto plazo. Este proceso se puede realizar en casa lo que ayuda a la reinserción social y puede ser controlado de manera individual o en grupos de trabajo con otras personas que se encuentran en el mismo proceso.



Tabla de Registro Diario

Día	Hora	Lugar	Cantidad de Alimento ingerido	¿Compulsión por comer?	¿Purga?	Sentimiento Asociado

TERAPIA GRUPAL

La terapia grupal puede ser aplicada dependiendo de la experiencia de los terapeutas como de las situaciones individuales de las pacientes, debemos recordar que la sola idea de someterse a terapia puede causar gran tensión en muchas personas y el valerse de las grandes ventajas de este tipo de atención que es el feedback, brinda a los participantes soporte emocional frente a una experiencia compartida, pues no es fácil descubrir pensamientos íntimos y poner al descubierto rutinas elaboradas.

Para las personas que sufren de BN esta terapia tiene efectos tranquilizadores al evidenciar la práctica común de hábitos inusuales en otras personas respecto a la alimentación así como de purga, ya que estos pacientes generalmente se conciben como seres únicos con estas prácticas. Las reglas para el trabajo en grupo deben estar bien claras respecto a asistencia, confidencialidad, mantención del peso.

Existen estudios contradictorios frente a los efectos de la terapia grupal en la BN, pues algunos investigadores sostienen que el trabajo en grupo promueve a la conservación de conductas alteradas. En el caso de la AN se ha observado que en algunas ocasiones se produce competencia entre las participantes a fin de mantener el peso más bajo o mantenerse mayor tiempo sin comer.

Existen grupos de autoayuda o de apoyo que son una opción alternativa fuera del tratamiento formal, estos dependerán de la experiencia de la persona que los dirige



(si es que hay una persona) o de la cohesión de los grupos, estos proporcionan apoyo emocional, orientación y sugerencias para las personas que no tienen acceso a la terapia formal o aquellos que ya la utilizaron y desean seguir con la ayuda. El papel de los grupos es recordar a la paciente que hay personas que han estado en sus mismas circunstancias y las han superado. Un factor negativo de estos grupos es que al no tener un registro formal, la asistencia es oscilante y variada, lo que puede incomodar a un número de personas.

Grupos de Autoayuda.

Grupos integrados por personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, sin la participación de profesionales. Se incita a los participantes a contar su historia y su situación actual, a fin de impulsar a la persona y al estar en contacto con sus propios pensamientos distorsionados, pueden persuadir al individuo respecto a su pensamiento distorsionado de una manera menos intrusiva que la de un familiar o un terapeuta que no comparte su experiencia.

Grupos de Apoyo.

Suponen la ayuda de uno o más profesionales, aunque sus papeles pueden alterarse en relación a la positiva participación de los miembros. Los terapeutas pueden cuestionar con mucha astucia cosas que no se le pueden ocurrir a individuos que no están entrenados para movilizar a los pacientes.²⁵

ARTETERAPIA

Dentro de la modalidad grupal, podemos mencionar un nuevo estilo de terapia, que se está utilizando en diferentes ámbitos psiquiátricos y psicológicos. Consiste en la expresión individual a través del arte, facilitándole materiales, los pacientes trabajan de acuerdo a su gusto en técnicas y colores y posteriormente se hace un análisis de

²⁵ Tannenhaus, Nora; Anorexia y Bulimia; P&J Editores; Barcelona; 1995, pag 124 - 125



la obra terminada. El objetivo radica en el auto conocimiento en base a la propia observación, así como a la reflexión del grupo.

El Dr. Jorge Naranjo P, Hebeatra quiteño, nos sugiere para las personas que han superado trances de Anorexia o Bulimia, un programa de terapia ocupacional durante las vacaciones a fin de mantener el estrado emocional y psicológico de las personas que hayan dejado detrás crisis.

TERAPIA FAMILIAR

Inicialmente se puede proponer una terapia familiar de apoyo a fin de superar la anorexia de la adolescente, posteriormente se deben identificar los factores predisponentes o los mantenedores para la enfermedad, así como las creencias, los patrones de comportamiento o las alianzas e interacciones internas que se dan en la familia. En ocasiones la terapia puede crear una actitud de negación o resistencia frente a la enfermedad, de igual manera puede ser que inconscientemente sea la paciente quien; por mantener los síntomas maneje, a la familia en una dirección contraria a la que propone el terapeuta. De igual manera es factible que la familia esté dispuesta a involucrarse y busque colaborar y entrenarse para evitar un episodio de atracón o purga, factores importantes frente a la gravedad de salud de las pacientes con AN.

La terapia familiar tiene mejores resultados cuando es aplicada en casos que tienen menos de 3 años de evolución y las expectativas apuntan para un apoyo duradero. De igual manera hay estudios comparativos que sustentan que las familias anoréxicas tienen una organización específica y/o que ésta puede ser la fuente formadora de la anorexia.

Uno de los objetivos de la terapia familiar es conseguir un ambiente confortable y saludable tanto para la adolescente como para sus padres o hermanos, tanto como llegar a una discusión y resolución de los problemas de familia como un asunto de interés para todos y no un asunto individual, así como la identificación de la circunstancia que desencadenó esta patología, ya sea el divorcio o la separación de los padres, o el embarazo o enfermedad de la madre. Gracias al efecto de la



Terapia Familiar se ha observado mejoría sintomática como psicológica en la paciente así como de funcionamiento familiar con este tipo de abordaje. Debemos recordar a la familia el evitar apodosos.

Es importante trabajar sobre la expresión de sentimientos y la resolución de conflictos familiares como individuales y la búsqueda de independencia de los hijos hacia los padres. Finalmente esta forma de trabajo requiere de personas que ayuden a la paciente.

FARMACOTERAPIA

Dentro de la farmacopea se han sugerido varios psicotrópicos que pueden aliviar los síntomas de la anorexia, están por ejemplo algunas sustancias con efectos anabólicos, como la insulina, la clorpromacina o los esteroides. LA clorpromacina se utiliza en los t. psicóticos como la esquizofrenia o para niños con problema de conducta.

Antidepresivos Tricíclicos

Se han utilizado también algunos antidepresivos tricíclicos, bloqueantes de la recaptación de serotonina, como la amitriptilina.²⁶ No se ha podido definir cómo actúan estos químicos en el caso de la anorexia y la Bulimia, pero se ha observado que influyen en la actividad de los neurotransmisores y que uno de sus efectos secundarios es el deseo incrementado de consumir Hidratos de carbono y dulces que no siempre es bien recibido por alguien que todavía tiene conflicto con su eso.

Antipsicóticos

El compuesto utilizado en estos casos es la clorpromacina, es utilizado en algunos casos de anorexia, aunque se ha cuestionado su eficacia además de los efectos

²⁶ http://books.google.com.ec/books?id=WsVkFvHUe_IC&pg=PA110&dq=Anorexia+signos+sintomas&lr=30
de julio de 2009. 18h15



secundarios que produce, entre estos, disquinesia²⁷ tardía o problemas en hígado y riñones, los últimos se han presentado esporádicamente.

Carbonato de Fluoxetina

Conocido en el mercado como Prozac. Inicialmente era prescrito para mitigar la depresión, posteriormente se observó que ayudan a disminuir el deseo en las bulímicas a comer copiosamente, por lo que no es un producto recomendado en los casos de Anorexia.

Entre los efectos secundarios del Prozac tenemos erupciones en la piel, que generalmente desaparecen al eliminar el consumo y deterioro del funcionamiento de hígado y riñones que aunque son ocasionales pueden ser de gravedad.

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (MAO)

La monoaminoxidasa es una enzima que destruye los neurotransmisores una vez que cumplen su función. Al actuar este medicamento inhibiendo la enzima, los neurotransmisores se mantienen y parece que esto ayuda a aliviar los síntomas de la depresión y de los trastornos de la ingesta. El consumo paralelo de MAO y anfetaminas; de las que con frecuencia abusan los bulímicos, pueden causar hemorragias intracraneales, al igual que con el consumo de efedrina o fenilpropanplamina, presentes en los antigripales de venta libre.

La utilización de los MAO es contraindicada paralelamente con la ingesta de alimentos que contengan aminoácido tiramina ya que estos interactúan con los medicamentos y pueden provocar una alza de la presión arterial. Esta sustancia está presente en una gran variedad de quesos, carnes, embutidos, algunas frutas y verduras.

Metroclorpramida.

²⁷ Disquinesia. Movimientos involuntarios de los miembros y la cara.

Estimula la motilidad del tracto digestivo y ayuda al aumento de peso y la tolerancia a la comida en las anoréxicas. Ya que es utilizado también para combatir los efectos de las quimioterapias, actúa en las Bulímicas inhibiendo el vómito²⁸.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO



De los estudios realizados se observa que el promedio de días de hospitalización en pacientes anoréxicos no alcanza el tiempo óptimo, pues en varios casos el alta es dada antes de que se haya obtenido un peso de aproximadamente el 90% requerido para la edad y la talla. En los casos que el alta es otorgada cuando los pacientes tienen aún un peso notablemente insuficiente se observa recaídas más drásticas y los síntomas presentes son igualmente mayores.

En la práctica, en el Ecuador se da un período de hospitalización de 1 a 3 semanas, siendo uno de los principales problemas para la hospitalización de estos pacientes el costo económico de los hospitales y clínicas particulares. Según menciona el Dr. Jorge Naranjo, Hebeatra quiteño; dependiendo del caso a tratar, se puede alcanzar un valor de \$1,500 dólares diarios en las Unidades de Cuidados Intensivos en la capital, lo que multiplicado diariamente asciende indefinidamente, haciendo casi imposible el mantener a una persona hospitalizada bajo estas condiciones, ya que el presupuesto familiar sufre un desbalance incuantificable. Es por esto, que internacionalmente se han desarrollado dos modalidades de tratamiento: la Internación Completa y el Hospital de Día, que hace más asequible el tratamiento.

Hospital de Día

Existen varios criterios para aceptar a un paciente en este sistema de trabajo, pero dentro de varias pensamos que una de las más importantes es la necesidad de atención especializada durante el día, manteniendo contacto con su familia y regresando a al lugar donde generalmente se sienten tranquilos, su casa. Entre los criterios existentes tenemos a) un paciente que ya haya recibido tratamiento y requiere de una nueva internación b) Bajo riesgo de agresión o autoagresión c)

²⁸ Tannenhaus, Nora; Anorexia y Bulimia; P&J Editores; Barcelona; 1995, pag 127 - 133



imposibilidad o incapacidad de cuidado a sí mismo d) Ausencia de enfermedades clínicas agudas.

Dentro de los objetivos de este programa se puede mencionar la normalización del comportamiento alimentario, aumento de peso en el caso de los pacientes anoréxicos y la discusión de factores desencadenantes y perpetuantes de los trastornos de la conducta alimentaria, además de la socialización del problema con personas que han pasado por igual situación. Al igual que cualquier tipo de terapia, el Hospital de Día también requiere de la colaboración de psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, entre otros.

Dentro de los aspectos que se han evidenciado como negativos para el fracaso de este tipo de tratamiento están la presencia de más de seis años de patología, más de dos años y medio de amenorrea, baja del IMC por debajo del 75% de lo esperado

Internamiento Completo

El internamiento completo se da en el caso de Anorexia Nerviosa cuando los casos cumplen los siguientes criterios para hospitalización:

- Peso menor al 75% del mínimo esperado
- IMC: Cálculo menor a 13 o 14 kg/m²
- Presencia de alteraciones hemodinámicas, hidroeléctricas y metabólicas importantes: Hipotensión arterial grave, bradicardia, hipotermia, hipopotasemia.
- Alteraciones físicas indicadoras de riesgo inminente para el paciente: Disfunción cardíaca, renal o hepática, síntomas de deshidratación o desnutrición graves.

La experiencia ha demostrado que mientras menor es el peso de la paciente al momento de internación, más difícil será la recuperación y el éxito del caso, por lo que es recomendable hacer lo más pronto posible la internación en un hospital bien equipado y con una unidad de cuidados intensivos para prever situaciones de riesgo. La alimentación en estos casos se hace por sonda nasogástrica o de forma



parenteral ya que la paciente no accede a alimentarse por si sola. Cabe detallar que estos casos requieren de compañía constante de una enfermera que pueda atender el caso en caso de alguna emergencia.

Además de los criterios clínicos, descritos previamente, es necesaria la internación en algunos casos psiquiátricos o psicosociales, tales como comorbilidad psiquiátrica grave, riesgo elevado de suicidio o autoagresión, mala colaboración brindada por la familia en el tratamiento, falla de las terapias ambulatorias. Se debe anotar que con mucha frecuencia la familia y los pacientes no evidencian el riesgo inminente y pretenden detener el internamiento, lo que dificulta la intervención.

Los casos de Bulimia Nerviosa, raramente requieren de internamiento completo, pero se ha observado que en ocasiones es necesario cuando los efectos de la purga conllevan alteraciones electrolíticas o convulsiones. De igual manera la presencia de alteraciones psiquiátricas, conductas purgativas y/o riesgo de suicidio serán causa de internamiento.



CRITERIOS PARA EL TRATAMIENTO RECOMENDADO EN ANOREXIA Y BULIMIA

Características	Nivel 1 Ambulatorio	Nivel 2 Intensivo	Nivel 3 Hospital-Día	Nivel 4 Tratamiento Residencial	Nivel 5 Hospitalización
Complicaciones médicas	Estable	Estable	Estable	Estable	Bradicardia, hipoglucemia, hipopotasemia, hipotermia, hipotensión
Riesgo de Suicidio	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Intensión	Intensión
% peso esperado	>85%	>80%	>75%	>85%	>75%
Motivación y cooperación	Regular/Buena	Regular	Parcial	Pequeña	Muy pequeña/ninguna
Comorbilidad	Posible	Posible	Posible	Posible	Condiciona a internación
Condición para recuperación parenteral	Auto suficiente	Requiere estructura	Requiere supervisión	Requiere supervisión	Requiere supervisión
Autocontrol de ejercicios	Controla el ejercicio excesivo	Estructura para prevenir ejercicio excesivo	No consigue tener autocontrol	No consigue tener autocontrol	No consigue tener autocontrol
Purga	Consigue reducirla	Consigue reducirla	Requiere habilidades para controlarla	Requiere habilidades para controlarla	
Estrés Ambiental	Soporte socio familiar	Soporte limitado	Soporte limitado	Sin soporte	Sin soporte

Fuente: Revista Brasileña de Psiquiatría, Volumen 24, Suplemento 3, Trastornos Alimenticios, Diciembre 2002. Pag 62



El cuadro anterior nos muestra una categorización de los cuidados que requieren los pacientes con trastornos alimenticios de acuerdo a los criterios de cada caso.

TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LA IMAGEN CORPORAL

Existen dos características principales en las personas que sufren de trastornos de la conducta alimentaria: 1. la conducta alimentaria inadecuada y 2. la excesiva preocupación por el peso.

Ya en la década de los años 60 Hilda Bruch menciona la existencia de un trastorno de la imagen corporal que se caracteriza por una distorsión perceptual y conceptual de su propio físico y el descontrol sobre sus funciones corporales, por lo que sugiere que el tratamiento no solo sea enfocado hacia el tratamiento fisiológico o psicológico sino que se debe abarcar también la distorsión de la imagen corporal y las actitudes negativas y contra producentes ligadas a ésta. Varios autores coinciden en diversas técnicas que ayudarán a eliminar la concepción errónea y lograr la aceptación de su propio cuerpo.

Relajación

Esta técnica es sugerida en los Trastornos de alimentación ya que permite a los pacientes tomar conciencia sobre las partes del cuerpo. Lamentablemente presenta dificultad en las personas que han tenido experiencias negativas o abuso sexual ya que genera una actitud negativa y rechazan el trabajar sobre su cuerpo. De igual manera su resultado es limitado en las primeras sesiones de tratamiento ya que los individuos se encuentran sumamente ligados a cogniciones irracionales de su cuerpo que les supone rechazo al mismo.

Video feedback o video confrontación

La técnica de video confrontación ha dado buenos resultados ya que muestra el cuerpo en otra perspectiva, puede ser realizada de forma individual o grupal. Los objetivos de ésta es actuar de forma repulsiva y disminuir la ansiedad en los



pacientes al observar su propia imagen a medida que aumentan de peso, en el caso de los anoréxicos. Consiste en confrontar al sujeto con su propia imagen y concientizar así del trastorno y de la consecuente delgadez, además de someterlos al criterio de otras personas que comparten la problemática. En ocasiones se pueden realizar el video en traje de baño, lo que causa gran rechazo sobre su físico o la de los otros.

Técnica del espejo

Consiste en confrontar al paciente con su imagen reflejada en el espejo, ya sea que el paciente este vestido o en traje de baño. El objetivo es identificar los sentimientos producidos ante la imagen. Se puede realizar individualmente al inicio y al fin del tratamiento para observar los resultados.

Marcado de Silueta

Consiste en pedir al paciente que estime su cuerpo o la dimensión de alguna parte de este, generalmente el estómago, las caderas, las piernas, para luego compararlas con el verdadero tamaño o con la dimensión ideal de estas. Este ejercicio se puede realizar frente a un espejo con los ojos cerrados, pidiéndole a la persona que trate de abrazar su cuerpo al abrir los brazos, no encuentran su masa corporal, deben abrir los ojos y evidenciar la diferencia entre la imagen mental que tienen del ancho de su cuerpo o de una parte de el y la realidad de los hechos. De igual manera se le pide a la persona que dibuje su silueta en un papelógrafo de tamaño real y luego se contrasta este dibujo con la verdadera silueta. El objetivo principal es confrontar a las personas con las incongruencias cognitivas que poseen. Es de gran utilidad hacer este ejercicio de forma grupal debido al feedback que reciben cada uno de los participantes.

Terapia psicomotora

Es una de las técnicas más positivas para lograr la aceptación de la figura corporal. Esta se realiza de manera grupal 2 o 3 veces por semana. Se fundamenta en movimientos de expresión corporal, masaje, relajación y baile. Se realiza la



observación del trabajo en base a un video sobre el trabajo y se debe hacer hincapié en la observación del cuerpo, las reacciones que produce y el feedback del grupo de trabajo.

Las técnicas arriba mencionadas pueden ser de gran utilidad si son aplicadas de forma sistemática en un proceso individual o grupal y son una fuente de información sobre la percepción corporal del individuo. De igual forma sirven para apoyar y comprobar los resultados obtenidos en la terapia individual.

De los resultados obtenidos en los estudios realizados se puede decir que se observa mayor aceptación de las condiciones físicas de las personas, mayor aceptación a aumentar de peso en el caso de las anoréxicas y conformidad con sus circunstancias.



CAPITULO 2



METODOLOGÍA

El estudio que se ha realizado es una **investigación cualitativa**, en base a entrevistas a pacientes y sus familiares, además de entrevistas a proveedores de salud que brindan atención en este campo.

Inicialmente se logra una revisión bibliográfica que nos ha dado pie para comparar y corroborar ciertos datos relacionados a los trastornos de la conducta alimentaria, así como para evidenciar en ciertos casos entrevistados las referencias bibliográficas que hemos estudiado.

Se ubica un universo que nos permita ver la realidad de la atención que se da en el Ecuador en los casos de Anorexia y Bulimia.

El universo:

- Personas que han sufrido Trastornos de la Conducta Alimentaria durante la adolescencia, en la Ciudad de Cuenca.
- Padres de algunas de pacientes anoréxicas o bulímicas
- Profesionales que brindan atención a nivel local y nacional.

Se realizaron entrevistas a profundidad a personas que han tenido trastornos alimenticios en su adolescencia con el fin de analizar la ruta crítica por la atravesaron mientras tenían la dolencia, utilizando una entrevista pre elaboradas, de preguntas abiertas. Las personas entrevistadas se ubicaron buscando casos típicos de Anorexia o Bulimia, que en la actualidad se encuentran asintomáticos. Se llega a la saturación de los datos una vez que la información se vuelve repetitiva, suspendiendo la investigación. La información obtenida fue registrada en computadora. Ver Anexo 1. Cada una de las entrevistadas ha revisado y aprobado un consentimiento informado que se puede observar en el Anexo 2.

Al igual se considera importante el tomar en cuenta la perspectiva que tienen hoy los padres de esas jóvenes, posteriormente obtuvimos recomendaciones emitidas



por ellos en base a la experiencia de cómo debería ser la atención personalizada e integral. Ver Anexo 3.

Paralelamente se realizaron entrevistas a profesionales que manejan estos trastornos. Se eligen las personas a ser entrevistadas en un muestreo de bola de nieve, cuando los psiquiatras, quienes fueron entrevistados en primer lugar, nos remiten a diversos profesionales que trabajan de alguna manera con ellos. Cuando la muestra se satura, termina la investigación de campo. Ver Anexo 4.

Se analizó el proceso de diagnóstico que ellos llevan, las características de los pacientes y de los familiares de estos que acuden a consulta, y la relación que tienen los anoréxicos y bulímicos con sus padres y el resto de su entorno.



CAPÍTULO 3



RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

LA VIVENCIA EN LA ANOREXIA Y LA BULIMIA



Todo trabajo puede caer en saco roto si hablamos solo de la teoría sobre algún tema y hacemos una investigación con los fríos números de la estadística. Hablar de la realidad de un Trastorno de la Conducta alimentaria habiendo estado dentro de ella nos da una perspectiva totalmente diferente de una posición cómoda y tranquila que nos brinda una investigación bibliográfica.

Hemos logrado acceder a las ingratas remembranzas de varias familias, en las que la Anorexia o la Bulimia, han quedado en el recuerdo... al menos por ahora. El conversatorio que se realizó con algunas chicas que presentaron alteraciones en su adolescencia nos abre una perspectiva diferente y sobre todo despierta en nosotros admiración por la valentía que ellas tuvieron para decir “decidirse a continuar viviendo”, como Fei nos mencionaba. Hablaremos también de la fortaleza de esos padres que permanecieron al lado de sus hijas, o el dolor de aquellos que debieron alejarse por un tiempo al dejarlas internadas en una casa de reposo para, apostándole a la vida; alcanzar una mejoría tan anhelada.

Grandes son las coincidencias y los caminos entrecruzados de Dios, hablaremos del caso de Luly, una psicóloga que después de años de estudio y práctica entendió que su delgadez y los vómitos repetitivos tenían nombre y apellido: Bulimia Nerviosa, debiendo enfrentar a una familia con recuerdos anulados en el fondo del inconsciente a fin de negar las circunstancias, o de negar también que con igual profesión, su hermana mayor, quien ocupó el papel de madre durante toda la vida... y aún lo hace, decidió negar la patología y ocultarla dentro del cartel de “capricho” hacia la comida.

Largo y tortuoso es el camino que estas personas han tenido que recorrer, hoy utilizaremos nombres falsos para cuidar su imagen y no ofender a la memoria, cada una de sus historias revelan situaciones iguales y a la vez tan opuestas que nos



ponen en la verdad de la vida, hoy ser vida y mañana muerte...hoy ser todo y mañana nada... hoy querer morir y mañana haber vuelto a vivir...

EL CASO DE “FEI”.

Fei es una joven cuencana, que presenta indicios de Anorexia a los 14 años. Ella manifiesta que sabía de esta patología por fotos y piensa que copió las conductas de abstinencia y ejercicio excesivo de una buena amiga de gimnasia. Como ella menciona quería ser “una flaca feliz”, ignorando por tanto la enfermedad que en realidad tenía.

Ella recuerda una situación de abuso de un primo varón, quien la besaba y la tocó alguna vez, pues ella considera que desde entonces emprendió una relación de pelea o rechazo hacia los hombres.

Realiza un viaje de vacaciones a los Estados Unidos a los 15 años, cuando estaba ya delgada y allí se apegan sus síntomas, pues ella se encontraba emocionalmente inestable y percibe su incomodidad con los varones. Al regresar se entera de la decisión de divorcio de sus padres, situación que complica su estado emotivo. En su viaje aprende a manejar las ingestas calóricas y a vomitar después de un exceso, piensa que esto aparece paralelamente a una depresión grave que la induce a intentar suicidarse.

Fei considera que ella quería “quedarse niña” y por eso evitaba el modificar su cuerpo de la infancia por el de una mujer. Después de casi 10 años, su estado ha mejorado al empezar a vivir su sexualidad. Otro aspecto que hoy ella mantiene muy claro es que no puede hacer de la comida el centro de su vida, pues eso la llevaría a una recaída. No importa si por estar ocupada no come, pues lo hará luego. Tampoco podría empezar una dieta porque esto tendría consecuencias negativas.

Describe a su madre como una mujer punitiva, y a su padre como un ser opuesto a ella, muy permisivo con sus hijos. Habla de haber tenido una recaída cuando su madre quería competir con ella, por celos del padre.



Respecto a la atención que recibió cuando cursaba los malos días de la Anorexia, Fei recuerda que al inicio acudió con su madre a donde un homeópata, persona a la cual manipulaba y chantajeaba con su conducta. Al empeorar los síntomas los médicos manifestaban estar tratando con una enfermedad con la que ellos no habían tratado previamente, que probaban teoría con su caso. Decidieron internarla en una casa de salud en la que permaneció por 2 meses aproximadamente. El equipo de trabajo estuvo compuesto por un psiquiatra, un intensivista y un psicólogo, y a pesar de haber percibido cierto trabajo interprofesional, ella siente y sabe que este no dio frutos. El papel del psicólogo que la acompañó, se reducía a conversar, pero ella en su enorme inteligencia no veía un horizonte al trabajo que este realizaba. Su alimentación era de tipo parenteral o vía sonda nasogástrica. Recuerda estar siempre acompañada por una enfermera, a fin de controlar su alimentación, evitar las conductas compensatorias y protegerla de sus intentos de suicidio. Describe su estancia en el hospital como un círculo vicioso ya que al verla totalmente deprimida la sometían a electroshock (un recuerdo que ella aborrece y que no siente le haya dado algún privilegio más que el borrar recuerdos de su niñez). Posteriormente permanecía adormilada o sedada por un tiempo, al despertar en el encierro se deprimía e intentaba suicidarse, a lo cual respondían con una nueva sesión de electroshock y así continuaba su vida por algunos meses.

A partir de este momento es trasladada a Quito a una Casa de Reposo, lugar que por sus condiciones la conducían a deprimirse más y continuar con el proceso que era igual al de Cuenca. El tratamiento coincide en muchos detalles, pero los intentos de quitarse la vida son cada vez más frecuentes y a la vez escalofriantes, pues no es necesario tener un objeto filudo sino algo en la mano que la pueda lastimar para buscar agredirse, cortarse las venas, morirse...

Ella permanecía aislada ante la delicada situación por la que atravesaba, hasta que se observaron ligeras mejorías. Es en este momento cuando se inicia la reeducación alimenticia y poco a poco se le integra al grupo de "habitantes" de ese lugar. Logra establecer amistades a pesar de las circunstancias y de alguna manera logra revivir esa chispa que se iba apagando día a día. Se motivaba con las cartas o las visitas de sus padres, pero esto no era suficiente, hasta que recibió aquel sacudón que hacía falta una ocasión que llamó a casa para quejarse y escuchó, conversación, risas, cariño al otro lado del teléfono. Algún vestigio de envidia la



despertó y la hizo añorar ese tiempo en el que ella era parte de esa familia que compartía una conversación, reía por cualquier motivo y disfrutaba del cariño que ahí le brindaban. Fue entonces cuando decidió apostarle a la vida, se dio cuenta que esta continuaba mientras lo único que ella buscaba era la muerte, que unos reían mientras ella solo quería llorar, que unos disfrutaban de la vida, mientras ella gozaba del dolor.

EL CASO DE “LULY”

Luly es la tercera de tres hermanos, niña con gran diferencia con los otros hijos. Su hermana Lida es 11 años mayor a ella y Francisco 8 años. Relata a su madre como una mujer que buscaba ser amiga de sus hijos y que no la regañaba por nada, le permitía dejar la comida en el plato a fin no discutir con ella.

Luly percibe que su madre relegó la función materna a su hija primogénita Lida, quien se ocupaba de controlar a los dos hermanos menores. El padre de Luly desempeñaba un papel periférico, era una persona violenta y totalmente entregada al trabajo. Notamos en este caso que Luly no se sentía aceptada por su familia, como bien sabemos una de los factores desencadenantes de patologías como esta.

En la adolescencia Luly desarrolla anorexia purgativa y baja excesivamente de peso, ella atribuía esta circunstancia a la preocupación por su madre, pues ella tiene cáncer y muere tras 15 años de padecerlo. A partir de su muerte ella recupera peso gracias a atracones de comida rica en azúcar y realiza purgas repetitivas.

Después de los días de su madre Lida toma mayor control sobre sus hermanos y su padre se mantiene cada vez más alejado. Luly se extraña de que su hermana no se haya dado cuenta de esta situación ya que ella es psicóloga, por lo que elucubra que Lida prefirió negar el problema.

Luly ahora considera que ella imitó a su hermana al seguir la misma carrera y al estudiar las patologías de la conducta alimentaria, observar sus fotos y revisar los registros de su médico de cabecera, entiende que padeció de Anorexia de tipo purgativo y posteriormente de Bulimia por aproximadamente 5 años.



Pide ayuda terapéutica y el profesional que la atiende coincide con su auto diagnóstico. Enfrenta a su padre y hermanos, quienes coinciden en considerar que Luly siempre fue vista como una niña frágil y delicada, por lo que pasaron desapercibidos los síntomas. Ella mide 158 y actualmente pesa 100 libras aproximadamente.

Recibe terapia alternativa como yoga por 7 meses y piensa que ha superado su problema a través de entender las dificultades del alma que tenía. Hoy mantiene una relación un poco distante con su hermana, pues reflexiona sobre el control que Lida pretende tener sobre ella y siente que eso es nocivo para ella.

EL CASO DE “LOLÓ”.

Habla de sus primeros años como una niña rellenita, que siempre tuvo amigos, le encantaba ser cariñosa y demostrar amor. Piensa que se sentía muy bien de que sus padres estén orgullosos de ella, razón por la cual siempre le gustó esforzarse en sus estudios.

Recuerda un familiar que siempre le decía “anti piropos como gorda, rechoncha, rellena, plastona”, haciéndola sentir muy mal, hasta que se encerraba en su cuarto a llorar y llorar. Si a una adolescente le causa tanto dolor comentarios como los anotados anteriormente, vemos que su autoestima se encuentra deteriorada y este es uno de los factores predisponentes para caer en Anorexia.

Convenció a su madre de que le llevase al acupunturista, quien afirmó su sobrepeso y le recetó una dieta bastante exigente, sumadas a palabras cruciales que se grabaron en su memoria: “Mientras más ejercicio y menos comida, menos peso”. Al terminar el tratamiento había perdido 11 libras, pero ella seguía sintiéndose gorda, y se dio cuenta que la pérdida de peso no se debía a las agujas que debían calmar su apetito sino por el esfuerzo que ella realizaba para comer pequeñas cantidades, por lo que decidió que ella controlaría su dieta. Las porciones eran cada vez más reducidas y su estado de ánimo era cada vez peor.

Sus primeros episodios de Anorexia y Bulimia los presenta a los 14 años. Ella considera que son causados la depresión, la falta de comunicación con sus padres,



por falta de autoestima, o una obsesión loca por ser igual a otras compañeras o amigas. Se producen a partir de un cambio de colegio mixto a uno elitista femenino y ella lo que procuraba era entrar en un círculo social y ser aceptada por sus nuevas compañeras.

Hacemos eco a palabras escritas por ella en su libro *Vivencia Reflexiones y Testimonios*, en el que menciona “el entorno social en que vivimos, los medios de comunicación y especialmente mi amigo “facilidad y rapidez”, fueron más fuertes que mi voluntad.

Loló asegura que tenía una obsesión por ser flaca, ese era su único objetivo. Lo consiguió con episodios alternados de AN y BN. Cuenta que había semanas o incluso meses en las que pasaba los días ingiriendo solo una lechuga o una naranja o bebiendo gran cantidad de líquidos sin calorías, llegando a tomar hasta 22 vasos diarios y que realizaba caminatas de 4 o 5 horas a fin de bajar las calorías consumidas. Posterior a eso el sentirse sin energía y le provocaba comer, comer por ansiedad, ya sean golosinas o comida chatarra. Comía un doble almuerzo, y pasaba comiendo todo el día...todos los días, por una o dos semanas. Luego de la comida en exceso venía el vómito, los laxantes, el ejercicio como ir al gimnasio o bailar sola en casa.

Recuerda que su padre fue el primero en advertirle, pero piensa que no dio la importancia debida al caso, creyendo que era un problema más de la adolescencia. Describe la relación familiar no muy estrecha, menos en ese tiempo. Habla de su madre como una persona exigente en sus cosas, nunca con ella, jamás se han preocupado de sus deberes o de que cumpla con algún trabajo, ella siempre buscó su independencia, tal vez si fue lo que faltó, necesitaba la presencia de su madre y ella siempre estaba jugando cartas con sus amigas y empezó a sentirse sola. Describe a su madre como una mujer súper amada, admirada por sus hijos, pero también alejada de ellos, ahora la ve como la madre perfecta, ahora que Loló es también madre. Ahora entiende el por qué y como ha hecho las cosas, en ese momento no estuvo en muchas ocasiones y vivió por su propia necesidad.

Sus progenitores se percatan de la circunstancia por una pérdida de peso acelerado acompañado de mal humor constante, deseo de estar sola, Loló empezó su



problema con 117 libras y luego alcanzó 80 libras con una altura de 153,0 centímetros. El resultado de la dieta era notorio para todos menos para ella,

En ese momento buscan la ayuda de una psicológica, pero les va mal, pésimo, como ella lo dice, pues está consciente de que no quería colaborar, no quería subir de peso. “Para cualquier trastorno se necesita la decisión, sin ésta no se puede ayudar”. No le interesaba, no quería cambiar.

Al ver los malos resultados obtenidos, cambian de psicólogos por varias ocasiones, pero ninguno logró motivar a Loló, pues ella los manipulaba o les mentía a fin de hacerles oír lo que ellos querían...Menciona que en las terapias la escuchaban bastante y en ocasiones trataban de involucrarle con sus padres, pero su posición era negativa y no le interesaba mantener una buena relación con ellos.

Al acudir donde un psiquiatra, recibe Prozac, medicación utilizada para la depresión, pero de igual manera no surtió el efecto deseado.

Nunca dejó de asistir al colegio porque su pérdida de peso no era demasiado extrema. Cuando tenía recreo simplemente no comía, le enviaban comida desde casa y ella la botaba, no merendaba y así pasaba los días hasta que por ansiedad volvía a comer desesperadamente desde el desayuno a la merienda, incluso llegaba a vomitar para seguir comiendo. Su vida social si dio un giro ya que le aburría estar en compañía de sus amigas, y empezó a evadir las reuniones. Al tener una fiesta, hacía dieta muy severa los días anteriores y llegado el momento no podía asistir por sentirse muy cansada.

Sus amigas fueron de gran importancia, pero poco a poco se fueron alejando y ella se sentía muy sola. Solo hubo una de estas chicas que constantemente se mantenía a su lado y con las palabras precisas le hacía comprender que ella era importante para alguien en la vida.

Muchas veces pensó en el suicidio... dice ella sin darse cuenta de que se estaba suicidando lentamente. En ocasiones buscaba el cambio porque sentía que estaba viviendo un infierno

Así transcurrieron 4 años en los que se alternaban aproximadamente 3 meses de anorexia, 3 meses bulimia de forma alternada. Considera que el sueño era bastante



abundante, pero lo atribuye a la debilidad, al cansancio mental y físico. Hasta que conoció a su enamorado, quien se encontraba muy preocupado y la visitaba todos los días después de las comidas para evitar que vomitase. Loló menciona que él le dio verdadero amor y le regresó las ganas de vivir, a ver la belleza de la vida en una flor, en una montaña, en su cascada. Aprendió que el cuerpo es solo la envoltura de la verdadera belleza.

Al preguntarle que le hizo reaccionar ella responde simplemente “Me arté, llegó mi límite, no quería seguir con esa depresión, pasaron como 4 años de intentar y finalmente al quinto dejó de vomitar. Piensa que algo que nos describe lo que siente una anoréxica o bulímica en sus crisis es la impotencia de no poder cambiar, de ser una persona completa en un nivel intelectual, con una vida feliz y no controlar esa parte tan dura de su vida, sensación que la abruma.

Loló publica su libro el día de su graduación del colegio y logra vender gran número de este en Cuenca así como en México, cuando va a Texas de intercambio y realiza algunos contactos. Siente que superó su problema y estaba prácticamente curada en este año fuera de Cuenca. Dice “allá en Texas era raro el estar flaca, todos eran gordos, esa era la normalidad, allá me sentí normal y superé todos mis miedos. Subí todas las libras necesarias, al irme me curé psicológicamente”.

Después de 12 años ella puede hacer las siguientes recomendaciones:

Que las adolescentes trabajen en su autoestima, considera que esta es una situación que requiere de mucha voluntad y si no te sientes capaz de lograrlo, no lo vas a hacer. Como mencionamos en la página 47 respecto a la autoestima en las anoréxicas, este factor psicológico no es percibido como alterado en las personas que comienzan a tener episodios de TCA. Ellos ignoran que están errando al pensar que el aspecto físico o social no les brinda seguridad, sino en un camino equivocado les está complicando la vida. De ahí la importancia de una educación basada en verdaderos valores, la importancia de la influencia de la casa o la escuela sobre valías reales en la vida y el manejo constante del DOBE de los colegios en aspectos como estos

Sugiere implementar un mejor nivel de terapia familiar, pues sus padres recibieron apoyo familiar, pero parece que este no fue suficiente, pues al acudir a su padre y



pedirle que nos ayude con el tema el claramente nos manifiesta que él no habla de ese tema.

Piensa que hay mucho por hacer e indica que le gustaría participar en un centro de atención a adolescentes con estos problemas, pues ella piensa que su testimonio sería de gran ayuda para los demás.

EL CASO DE “MICHELLE”.

Michelle es una chica que actualmente tiene 17 años, estudia en un colegio católico de la ciudad de Cuenca y ha sido víctima de Bulimia y Anorexia. Su caso inicia al ser una niña rellenita, pero siempre feliz, al llegar a la adolescencia, poco a poco se introduce en el mundo de la moda y desea perder peso.

El cuadro de bulimia se presenta a los 12 años, cuando ella decidió controlar su peso y aún estando en las reuniones con sus amigas ella consumía solo galletas integrales mientras las otras comían copiosamente.

Ella es una joven muy bonita y al disminuir sus medidas participa en academias de modelaje y se adentra en este mundo. Mencionamos anteriormente en el tema de profesiones relacionadas con la Anorexia o la Bulimia que el modelaje es una de las predisponentes y precipitantes a sufrir desordenes alimenticios debido a la exigencia frente al peso y la talla.

Michelle es una niña muy apegada a su padre, ser muy intransigente y poco amable hacia la mayoría de personas, es un ser que hacía valer su tamaño (193,0 cms) e infringía miedo ante todos. Con su madre tenía períodos de buena relación así como otros de mala comunicación, llegando incluso a pegarla por varias ocasiones. Además tenía etapas de fuerte alcoholismo. La relación de Michelle con sus padres es muy buena, a pesar de la separación que ellos tuvieron, ella mantiene una comunicación muy fuerte con ambos y ellos confían en su hija. Colateralmente siente siempre la presencia de su madre, mujer muy hermosa, que tienen un cuerpo escultural, por lo que Michelle cree que inconscientemente quería competir con ella ya que Michelle era muy apegada a su padre.



Un factor importante que queremos mencionar es que Michelle tiene una vivencia muy fuerte cuando a los 13 años su padre decide confesar sus pecados y lo hace con su mujer, pero incluye a los hijos en su confesión. El declara haber engañado a su madre por varias ocasiones, y les confiesa también que aparte de su adicción al alcohol, es adicto también a ciertas drogas. Esta es una situación que Michelle no puede manejar el impacto negativo de esta experiencia.

En tercer curso sus amigas la encuentran vomitando en el baño después de una pijamada, en donde consumen gran cantidad de golosinas, ellas la enfrentan y Michelle niega el tema. Según la bibliografía y la experiencia sabemos que la negación es una de los aspectos muy comunes en la Anorexia especialmente. Los afectados no perciben su situación como un tema fuera de control y menos aún como algo que está acabando con su vida, entonces niegan tener un problema.

La patología es descubierta cuando Camila, otra de nuestros testimonios de vida, amiga de los padres de Michelle, asiste a su casa y observa que la quijada de la chica había cambiado, haciéndose más prominente, por lo que Camila asocia con su experiencia y recuerda que su cara cambió por el vómito constante y el esfuerzo que este requiere.

Acude a un psicólogo a partir del llamado de alerta que hace Camila obteniendo resultados positivos. La situación mejora después de la muerte súbita de su hermano mayor, quien fallece a los 17 años en un accidente automovilístico. Eso me movilizó dice Michelle, comprendí que la vida tiene un sentido más profundo de lo que yo creía y decidí volver a vivir.

EL CASO DE “GABRIELA”.

Gabriela comienza su narración diciéndonos “Siempre están recurriendo a mí por mi experiencia más no por atención alguna que yo pueda dar”. “No es mucho lo que yo pueda hacer, pero yo sé que no hay luces, solo se recibe tratamiento con psicólogos, nutricionistas, por cada lado y esa no es la manera para lograr algo”.

Nos comenta que ella presentó Anorexia pura a partir de los 18 años. En un inicio piensa que tenía tendencia a la bulimia pero no se marcó. Referente al motivo para



que se de esta patología nos dice que ahora sabe que fue por cuestiones que no pudo manejar, no tuvo relación con la apariencia ni con peso, sino asuntos personales, sentimentales, conflictos que uno no puede manejar y buscó un escape a mantener el control hacia la comida.

Describe haber tenido una relación complicada con los padres, ellos estaban pasando por un proceso de separación y divorcio un año antes de que yo presente los síntomas. Ella manifiesta que “No fue eso lo que le afectó sino las relaciones que se dieron con la mamá”. En realidad y en base a la teoría como la práctica, la separación de familiar es un proceso que trae desequilibrio a cualquier individuo, no se diga si la relación que el hijo /a mantiene con el padre es muy estrecha, hablamos de adolescentes vulnerables y si existe una predisposición a enfermedades como la Anorexia o la Bulimia, este es un factor predisponente para una caída. Como fue su padre quien se fue de la casa, su madre volcó su atención hacia mí, quería controlar a donde iba, con quien salía, a qué hora venía. En ese momento tuvo un trato difícil con la mamá; con el papá la relación era siempre muy buena. Gabriela dice que él fue su modelo, su ejemplo y nunca dejó de serlo. El alejamiento y las situaciones que forzaron el alejamiento fueron complicadas. Ellos regresan una vez y ella se molesta “No estaba de acuerdo que tenían dificultades y cuestiones sentimentales, me molestaba que volvieron y entendía que no era lo mejor”.

Los primeros síntomas no los sabe describir. Ella no sabe que tenía Anorexia Nerviosa, aquí no sabían que tenía o como tratarla, supo cual era su enfermedad después de uno o dos años al viajar a los Estados Unidos. Piensa que lo primero fue el deseo de perder peso, el descontrol, separó de su alimentación algunas cosas, dejaba por temporadas dulces, grasas, carbohidratos. “Uno maneja información como que las grasas son enemigas y las suprime” Recuerda que nunca alejó los carbohidratos por completo. “Yo sabía que el carbohidrato si los quemaba no lo asimilaba y no había problema. Ella menciona que distorsionaba las porciones, obviamente las que ella consumía no eran suficientes. Realizaba ejercicio constante, especialmente cardiovasculares, aeróbicos, caminar, “me levantaba a las 5 de la mañana subía desde la Escuela de Bomberos a Turi 2 veces corriendo, me bañaba y caminaba hacia el trabajo, se encerraba en el baño.



Sus padres no sabían que tenía, para entonces había perdido su menstruación y ahí es cuando se asusta y pide ayuda a su madre, no sabía que las dietas eran las culpables. Fue entonces donde un ginecólogo, quien le dice que estaba muy delgada y posiblemente era ese el problema, nunca le mencionaron la Anorexia Nerviosa. Pesaba para entonces 92 libras, y medía 161,0 centímetros.

Decide huir de todo inconscientemente huye de su problema que en este momento es que le controlen el peso o la figura corporal y va a los EEUU, quería solucionar eso y pensaba que así iba a volver a ser la misma. Es allá cuando descubre lo que tenía cuando una entrenadora le dijo que tenía anorexia. Gabriela no sabía qué era eso, averiguó y un día llamó a su madre y le dijo lo que pasaba. Se regresa de los Estados Unidos y empieza tratamiento.

Recibe atención psiquiátrica psicológica. Estuvo un tiempo internada en Quito con terapia nutricional y ahí le dicen que tenía Anorexia. Visitó los mejores psicólogos de Cuenca. En Quito estuvo en un Centros de Adicciones, el psicólogo que le atendió y trabajaba con regresiones e hipnosis. Como era un Centro de adicciones tenía compañeros alcohólicos, adictos a drogas, solo tenía una compañera mujer que era adicta a la cocaína, 'era un martirio", se escapa ya que no soportaba que me encierren, no podía hacer ejercicio y como era muy manipuladora, convence a su enamorado que le dio acogida cuando regresa a Cuenca. No podía regresar a su casa porque sabía que la iban a regresar.

Cada día se encontraba peor, más ansiosa, más obsesiva.

El final llega después de una convulsión. Cuando pesaba 75 libras, convulsiona, se queda 3 días en coma. No recuerda su despertar. "No tenía conciencia, perdí el control y mandó mi subconsciente, pedía comida inconscientemente". Todos se oponían a dársela ya que no había comido por mucho tiempo y tenían miedo de que le haga daño. Su papá se impone y le dieron todo lo que pedía y veía la comida con ganas, comía y tenía miedo de ir al baño, pensaba que se iba a estreñir o que le iba a hacer daño. "Me di cuenta que no había dificultad, que no me pasaba nada por comer" Estuvo con ansiolíticos. anti depresivos, intentando vencer el miedo.

Después de 4 años de crisis, nunca más cayó. Dice que lo importante es vencer el miedo a las cosas, por la anorexia no comía granos porque le hinchaban y decidió



que no le gustaban, un día vio una sopa de arvejas y le dio ganas, la comió y se sintió bien.

Asegura que hay obsesiones que remplazaron la obsesión con la comida. Siempre fue buena estudiante. Dice que le disgusta que las encasillen como personas muy competitivas, buenas estudiantes responsables.

Habían días que consumía solo una naranja, o un poco de piña por la fibra, pero la fibra le brindaba una falsa sensación de llenura, sumada al agua y así dejaba de comer.

“Es difícil darse cuenta en qué momento se pierde el control del asunto. Igual con las dietas la anorexia es como cuando uno quiere hacer dieta y con fuerza de voluntad lo consigue. Es la fuerza de vencer el deseo y no poder vencer el miedo”. Considera que hay una línea muy fina entre la bulimia y la bulimarexia y que se da por la ineficiencia de los tratamientos.

“La atención clínica es muy deficiente, a uno le salvan la vida, le alimentan, le reconstituyen, pero mas no hacen”.

“Recuerdo haber estado con alimentación parenteral. Una vez recibió alimentación naso gástrica esa fue la mayor tortura... le ayuda a uno a mantenerse con vida”.

Dentro de las recomendaciones que Gabriela emite:

Saber a dónde mandar a un chico con estas características. Lo ideal es que lo manejen de forma interdisciplinaria. Dirigido, coordinado, con el apoyo de rehabilitados, familiares. Debe contar con nutricionistas, médico clínico, psicólogo, terapias como el yoga, cosas espirituales...

La Hospitalización si da una mejoría, pero considera que mejor será en hospital de día antes que con un internamiento.

Debe haber una mejor difusión de los tratamientos. “La gente se rehúsa a aceptar un tratamiento porque es muy costoso. Cuando han tocado fondo buscan ayuda, pero no tienen a dónde ir. Se tiene la idea de que ya va superar, que es solo algo de guagua majadera.



“Yo entiendo el lenguaje de la enfermedad. Uno traduce erróneamente las cosas, existe un código, que te digan qué bien se te ve es falso, te están viendo gorda”...

EL CASO DE “CAMILA”.

Camila considera que para muchas personas este es un tema que proporciona vergüenza y que no pueden hablar del tema. Ella ocultó su pasado por 30 años hasta que se vio obligada a contar sobre su bulimia cuando en una reunión familiar ella observa que la hija de unos buenos amigos de ella no comía en una reunión, jugaba con la comida, observaba que nadie la esté observando y regresaba la comida a la fuente. Cuando Camila la observa, todo su recuerdo fluye a su cabeza y da el grito de alarma. Su amiga no la cree y es cuando Camila debe decir que ella sabe de qué se trata porque ella mismo lo vivió hace 30 años. Hoy Michelle, la hija de su amiga, ha recibido tratamiento y está mejorando.

Camila es una mujer americana de 49 años, casada con 6 hijos menores de 20 años. Sufrió de Bulimia a los 17 años, “lamentablemente” dice ella, no había tratamiento para lo que ella tenía, a pesar de que ella vivía en esa época en Europa. En quinto o sexto curso hubieron muchos comentarios de su padre, comentarios por estar un poco gorda.

Es la segunda de tres hijos. Dos hermanos varones, uno mayor y uno menor. Camila practicaba mucho ballet y le gustaba la música, pero tenía fuerte presión de su padre, pues él pensaba que no estaba gorda para ser una muchacha normal, pero para ser baletista estaba muy gorda, y le ponía apodosos que a ella la molestaban. Pesaba en ese entonces 115 Libras con 165,0 centímetros de estatura.

Ella piensa que lo más importante empezó cuando tenía 17 18 años. Su mamá tenía una enfermedad grave, su padre incluso pensó que la iba a perder. Su madre estuvo internada en un hospital por tres semanas y luego, al salir su padre la llevó a Japón ya que el tratamiento que le enviaron fue comer comida muy sana, y quien más que los japoneses para podérsela dar. Al salir sus padres por tres semanas ella se dedicó a comer muchas golosinas y comida chatarra, llegando a subir 15 libras



en ese corto período. Al regresar sus progenitores se asombran de lo ocurrido y le obliga a pesarse y medirse en frente de él y ella se siente muy humillada.

Es ahí donde comienza la batalla con su padre y consigo misma, tenía conflicto de que no la aceptaban, no lograban entender. Camila puntúa que aquel entonces, no tenía ninguna enseñanza religiosa. Ella decidió comer siempre moderadamente frente a la familia, pero esconder comida en su cuarto para ingerirla a solas o ir del ballet a la casa caminando para tener la posibilidad de comprar muchos dulces y comerlos antes de que alguien la moleste. La familia se preguntaba por qué no bajaba de peso si estaba controlando su alimentación, pero lo que ellos no sabían era que Camila compensaba su ansiedad comiendo fuera de casa.

La madre de Camila es una mujer muy buena, que siempre estuvo presente físicamente junto con sus hijos, pero estaba “desubicada de lo que los jóvenes experimentaban en ese tiempo”. Manifiesta que su madre fue una persona muy comportada, de mucha educación, recuerda que en los años 70, época en la que Camila era adolescente se inventó la mezclilla y todos los jóvenes utilizaban jeans, pero su madre la obligaba a vestirse de falta, porque así debían hacerlo las señoritas de ese tiempo. Recuerda alguna vez en la que ella muy asustada le comenta a su madre que una amiga suya había sido violada y su madre le contesta “algo debe ella haber estado buscando para que esto le suceda”. Nunca fue una mujer cariñosa o preocupada de lo que les sucedía. “Mi mamá creció en Estados Unidos en el tiempo de la Segunda Guerra por lo que creo que ella tuvo muchos vacíos y falta de afecto, muchas preocupaciones, por lo que no aprendió a dar amor, hoy me imagino que sus padres tampoco se interesaron en ella por estar preocupados en la guerra, eso es lo que ella aprendió”. Jamás intervenía frente a los constantes comentarios emitidos por el padre de Camila, por lo que ella se sintió siempre fea, poco querida, no apreciada por nadie.

Su profesora de Ballet decía que esto es normal y que no había problema, pero esa tensión en casa le producía nerviosismo. Hubo comentarios inconscientes sobre su cuerpo y su persona en las que ella se sentía muy abandonada. Comía dulces a escondidas, frente al padre siempre fue todo lo contrario, muy estudiosa, muy recatada.



Al graduarse Camila del colegio decide regresar a los Estados Unidos para continuar con sus estudios universitarios. Ahí se topa con un “mundo frío”, sin amigos, “sola...”Comienza con un régimen de alimentación totalmente desbalanceado, “me volví muy amiga del chocolate”, llegando a pesar 180 libras a los tres meses de encontrarse viviendo sola. Cuando regresa a casa para Navidad sus padres se quedan admirados de lo que hizo. El factor de la soledad y la no pertenencia de las personas a un grupo social o a un pueblo desubica muchas veces a las personas y en el caso de Camila ella no tiene con quien compartir ni en casa ni tampoco tiene quien infrinja control sobre su alimentación como anteriormente hacía su padre.

Menciona aisladamente que ella fue violada y que su sensación era muy mala ya que le retumbaban en su cabeza las palabras que escuchó de su madre al comentarle la violación de su amiga “algo debe ella haber estado buscando para que esto le suceda”. Dice también que ella decidió que “quería ser la muchacha más fea del mundo, no quería ser atractiva para nadie, así nadie se fijaría en mí”.

Regresa en enero a los Estados Unidos y seguía comiendo desmesuradamente. Recuerda una vez que comió 24 donuts y que el estado de saciedad era muy incómodo por lo que decidió vomitar y empezó con las conductas compensatorias frente a una ingesta copiosa. Usaba laxantes y ella dice “incluso el dedo si el laxante no estaba”

Continuaba estudiando ballet, pero obviamente no se sentía bien con su cuerpo. Las autoridades de la universidad le dieron la oportunidad de ser profesora en una academia de ballet adicional a la universidad porque consideraban que su técnica era buena, pero poco a poco fue recibiendo comentarios sobre su cuerpo y ella se sintió muy mal. Decide abandonar sus estudios y dedicarse a la música.

Por cuatro años pasa en este ritmo de vida hasta que ocurre lo siguiente “mi grupo favorito de música eran los Carpenter, y en esa fecha sale la noticia de que Karen Carpenter había fallecido de Anorexia, yo no sabía lo que era eso, pero me di cuenta que algo similar me iba a pasar si yo manejaba tan mal mi alimentación”. El desconocimiento de muchas patologías incide en que las personas no se encuentran alerta de los signos y síntomas de las mismas, pero esto no las deja exentas de padecerlas.



“Me acerqué donde la consejera de la Universidad y le pedí ayuda...” “me estoy muriendo, esto pasa conmigo”... “Esta fue la mujer que me salvó”... ella me dijo “no estoy segura de adonde llevarte para curar tu cuerpo, pero sí se a donde llevarte para curar tu alma” y ella la llevó a la iglesia.

Camila menciona que esta fue su tabla de salvación. Se encontró con personas muy buenas, que se preocupaban por ella, que no le importaba su físico, pero que igual la llamaban para salir o ver como estaba, “eso llenó mi alma de cariño” “Aparte sintió la presencia de Dios y vio que él era tan grande y la quería tanto, que la había puesto en ese lugar”. Poco a poco empezó a sentirse querida y así también a bajar de peso porque se sentía una persona interesante.

Pasaron muchos años en los que fue perdiendo poco a poco su peso. En la universidad conoce a su marido y ella dice ‘No sé por qué se fijo en mi si yo era una chica fea, no sé que encontró en mí’. Después de un tiempo de relación se casan y vienen a vivir en el Ecuador ya que él es ecuatoriano.

Camila recuerda que la sensación al quedarse embarazada por primera vez era increíble ya que ella tenía miedo de no poder hacerlo “eso me decía todo el mundo, y cuando ocurrió yo dije YES, vean que sí pude...”

“He pasado por muchas cosas, momentos muy duros en mi vida, pero Dios ha estado ahí para socorrerme” Camila es hoy una dirigente religiosa que trabaja muy duro en una iglesia cristiana.

“Camila es madre de 4 adolescentes y al preguntarle que pasaría si una de sus hijas pasara por un trastorno de la conducta alimentaria, ella responde... “estaría a su lado... le contaría mi experiencia y le diría que yo sé por lo que está pasando... le diría que recuerde que lo más bello está en el interior y que el cuerpo es solo una envoltura, que irá envejeciendo con el tiempo y no podemos basar nuestro concepto en lo que somos por fuera” “estaría ahí con ella”...

Como recomendaciones nos dice que ella nunca recibió apoyo psicológico, “era el año 77, nadie sabía que era la Anorexia o la Bulimia en ese tiempo”. Sugiere un lugar de apoyo para los chicos, “esto no pasa porque sí, debes estar muy solo para querer autodestruirte” “Los chicos necesitan un lugar en donde llorar, también

necesitan confiar en sus padres, somos los seres que entregamos la vida para amarlos, siempre debemos estar ahí’.

Menciona también necesario un lugar en donde las madres puedan decir “No sé que le pasa a mi hija, me voy a volver loca”...

Asegura con mucha confianza “todos debemos estar cerca de Dios...”

COMENTARIO

La oportunidad de conversar con todas estas mujeres y adentrarme en su experiencia le pone a uno los pelos de punta, es increíble ver la fortaleza con la que hablan hoy, es admirable el ver el dolor por el que ellas han atravesado y todas mencionan no haber salido por los tratamientos recibidos... ellas aseguran que lo único que les hizo salir son las ganas de vivir, la decisión, el hastío de estar en ese mundo de muerte, depresión horror...

Poco es en realidad lo que podemos hacer los que transitamos lateralmente por ese mundo de pena, vacío, soledad... poco haremos si en realidad no comprendemos que el conflicto no es la comida, sino que siempre hay un sentimiento descontrolado de no poder controlar lo que pasa, de no saber manejar las situaciones, un sentimiento de abandono en las bulímicas o mucha opresión en el caso de las anoréxicas.

Ampliaremos estos conceptos en la discusión



EL APORTE DE LOS FAMILIARES.

Escuchar de los casos de Anorexia o Bulimia cuando los han vivido en carne propia nos da una perspectiva diferente de lo que los libros nos pueden plantear, hablar teóricamente del papel de los padres, del acompañamiento que deben dar a sus hijos, no nos dimensiona lo que es ser padre o madre de un hijo que está buscando inconscientemente morir, el tener que acompañarlos cada momento del día para evitar que vomite, use laxantes, o se corte las venas, es una condición abrumante...



Analizaremos la situación que atravesaron algunos de estos padres, pues para otros es muy duro recordar, y a pesar de que habíamos fijado algunas citas; al final decidieron no dar su testimonio. Es difícil para ellos revivir el dolor, la imagen de su hija tendida en una cama o conectada a tubos para poderse alimentar, o verla sangrando después de haberse cortado las venas, remontarse a las horas o los días que lentamente pasaban cuando estas chicas estaban hospitalizadas. Analógicamente me ubican en la vivencia de un alcohólico o drogadicto que vive en un mundo paralelo esperando solo la muerte...

LA EXPERIENCIA DE FABIÁN

Fei era una adolescente que practicaba gimnasta olímpica, ahí tuvo una compañera con un cuadro grave, ambas compartieron el proceso de formación y selección para la gimnasia y parecería que también la información sobre la Anorexia.

La relación con su padre ha sido siempre muy cercana, de confianza casi absoluta, muy íntima, y según la apreciación de este padre, más cercana que la que tenía con la madre. Esta chica tenía fuerte resistencia con la madre, y llegó a culpabilizarse ella y a culpabilizar a la madre por el proceso de separación y futuro divorcio que tuvieron como pareja. El creería que esta situación de distancia aún persiste.

El primer cuadro que presenta Fei es cerca de los 16 años, cuando fue a un intercambio en Montana, es la tutora del viaje quien los alerta de las dificultades de adaptación que tuvo y la negativa persistente de alimentación, al regresar ella pesaba alrededor de 85 lbs.

En seguida estos padres deciden dar seguimiento al caso, bajo la circunstancia de ser ambos padres médicos, tratan ellos mismos de explorar las causas y controlarlo, identificándolo como un trastorno alimentario, mas no como un caso de Anorexia, pero fue infructuoso. La situación empeoró. No se puede cumplir los dos papeles de médico y padre a la vez.

Luego buscan ayuda de una psicóloga con un enfoque en medicina alternativa, quien les brindaba terapia de apoyo, no utilizaba fármacos, sino el trabajo estaba



basado en contratos y compromisos, era el padre quien se encargaba del patrón nutricional, elaborando un menú para cada día y semana, él hacía de nutricionista. Los resultados fueron parciales ya que se produjeron ciertas autoagresiones, y la adolescente seguía perdiendo peso, vomitaba o escondía la comida.

Por motivo de viaje la psicóloga dejó el caso y acudieron donde un psiquiatra quien dio tratamiento con medicación, pero los cuadros se volvieron más complejos, la anorexia pasó a intentos de suicidio y tuvieron cuadros de emergencia, estuvo hospitalizada por 3 o 4 períodos de un mes aproximadamente. Hubo una ocasión que estuvo en cuidados intensivos, recibiendo terapias de electroshock, tratamiento recomendado para atacar los cuadros de depresión irreversibles.

Le pediatra de Fei la atendía en los procesos de revisión médica y con la nutricionista de la clínica en donde se encontraba ingresada, preparaban los balances calóricos, ocupándose de la parte más compleja, y descuidando su papel de padre. Fabián comenta que lamentablemente en la formación médica, trastornos como la Anorexia y la Bulimia no son parte del pensum y se les da la atención que se requiere.

Esta situación fue vivida en Cuenca hacia 9 años aproximadamente, y ni los médicos, ni pediatras o psicólogos, peor los psiquiatras conocían a profundidad ni estaban formados para atender casos como estos.

Posteriormente es enviada a Quito a una casa de reposo, en la que permanece por un período de 6 meses aproximadamente. La ida a Quito fue dolorosa y compleja, pues la clínica para la Anorexia incluye un protocolo al igual que el de una adicción, con una fase inicial de aislamiento. Es complejo ya que permaneció 8 semanas absolutamente incomunicada. El problema era que desconocían el protocolo terapéutico a seguir. Fabián considera que en el país es un mal generalizado, un irrespeto a los pacientes y a sus familiares al no brindar información veraz, oportuna y directa.

Como recomendaciones dentro del campo médico, señala que se debería adoptar ciertas políticas que contribuirían a un manejo de estos casos. Entre estas están:

Una Política Pública como la desarrollada en España, en donde existen patrones de conducta para personas como baletistas o gimnastas olímpicas, pero en el Ecuador



no existen políticas que reglamenten el peso a más de 50 kilos, como medida de protección a las adolescentes, en actitudes que pueden ser detonantes cuando existe ya un indicio.

Una Política de Comunicación, pues justamente el día de la entrevista en una revista de vanguardia, en la última página pudo ver a modelos europeas, personas a su juicio con primer o segundo grado de desnutrición, no así las modelos latinas con un patrón social y cultural diferente.

Recomienda también Políticas en los establecimientos de educación frente a las adolescentes, así como imparten educación sexual, deberían hacer educación nutricional, para advertir a las jóvenes sobre los riesgos sobre la vida y la supervivencia.

En los establecimientos de salud, al igual que muchos otros padres, sugiere brindar el apoyo necesario ya que este es uno de los capítulos que se quiere borrar, es similar a vivir con un drogadicto, un suicida, se producen cuadros que cuestionan, desbaratan, se encuentran elementos sin salida, al no encontrar un rumbo a la problemática de la hija o el hijo.

Los establecimientos médicos y las universidades ignoran los problemas sociales u otros trastornos como la depresión. La aproximación que se da es alopática pero no analiza los detonantes sociales o culturales. No hay un sitio donde su hija o cualquier persona puedan estar seguras o tratadas adecuadamente. No existen profesionales formados en estas patologías. Estas minimizan la violencia, la trata de niños y adolescentes, el embarazo; la sociedad y los médicos no quieren ver eso.

Los cuatro o cinco primeros años, tuvieron recaídas, intentos de suicidio, dice que esto es algo que no le deja dormir. Lo describe como una de las experiencias más complejas que puede pasar un padre.

Reconoce tener una deuda con la familia, ya que uno descuida a sí mismo y descuida a otros hijos y siente que la deuda es común y el siente que algo le debe a su segundo hijo, quien se crió medio abandonado.

Entre las recomendaciones para los padres están:



Para los padres lo mas que podrían hacer, lo que no se arrepiente es haberse informado y leído, investigando días enteros, en inglés o español y saber la magnitud de un complejo dolor.

Otro aspecto es dejarse acompañar, como médicos ellos sabían de las situaciones complejas, pero no lo que necesitaban. El refiere haber estado muy asustado, lamentablemente dice acudió a donde un psiquiatra y lo que hizo fue medicarle y lo que consiguió es estar altamente sensible, no así con la terapia psicológica, que le ayudó a saber y entender que se requiere apoyo y soporte para algo de esta magnitud.

LA EXPERIENCIA DE JUANA

Juana relata con mucha tristeza y aún con asombro el estar atravesando esta situación. Ella ha sido una deportista insigne, que proviene de una familia entregada al deporte y no entiende cual fue el momento en el cual su hija alcanzó tan cruel enfermedad.

Juana es madre de Valeria, que actualmente es una joven de 17 años, las manifestaciones se han dado desde hace un año y medio aproximadamente, pero Juana no sabe precisar la fecha, ya que los primeros síntomas ocurren en un período en el que Valeria vivía fuera del país.

Valeria es, al igual que su madre; una deportista destacada, ha obtenido logros internacionales desde los 6 años de edad hasta los 16, cuando tuvo que abandonar su carrera en el deporte. Esta joven tuvo el beneficio de recibir una beca para perfeccionar su técnica en los Estados Unidos y acudió allá para recibir entrenamiento constante, llegando a ejercitarse hasta por 6 horas diarias.

Juana menciona con mucha nostalgia “No me imaginé lo que estaba pasando, caso contrario no la hubiera expuesto a eso”. Comenta que en casa siempre llevaron un régimen alimenticio, establecido de acuerdo a la necesidad calórica de Valeria, pues toda la familia la apoyaba, aún Mateo, el hijo mayor estaba siempre dispuesto a comer ordenada y saludablemente, a fin de apoyar a su hermana.



La relación que la adolescente llevaba con sus padres era muy entrañable. Ellos se separaron por primera vez cuando Valeria tenía 6 años de edad y nuevamente lo hacen a los 8 años, cuando deciden divorciarse. A partir de la separación ella mantiene constante comunicación con su padre, quien actúa de entrenador por varios años, impulsándola siempre a seguir su sueño. Esta situación varía hace 2 años cuando Fernando, su padre se casa nuevamente y va a vivir en Quito, alejándose de sus hijos. Actualmente ha roto toda comunicación con Valeria. Juana, su madre, es propietaria de un gimnasio pero ella dice “jamás he obligado a mi hija a que mantenga el cuerpo perfecto, ella lo ha hecho sola por el deporte que realiza, mejor estaba siempre en contra de esas madres que sobre exigen a sus hijas y las obligan a caer en situaciones como estas... nunca creí que me iba a pasar a mí” “Ella y yo hemos tenido siempre una buena relación, siempre conversábamos... yo creo que la separación de su padre le afectó demasiado” Coincidentalmente su padre pierde el contacto con Valeria y su hermano mayor seis meses antes de que la joven viaje a Cincinnati para su entrenamiento.

Allá Valeria vivía en una residencia estudiantil, por lo que no tenía un adulto que se preocupara de su parte emotiva. Valeria se ve muy afectada por la falta de su padre, sumada a una exigencia deportiva por parte del entrenador y desarrolla un cuadro de Anorexia Nerviosa. La madre desconoce de esta situación, pues al conversar con su hija ella no percibe cambio alguno y el entrenador parece no haberse percatado del hecho.

Valeria viene de visita en las vacaciones de hace un año y su madre se preocupa tremendamente por su aspecto, al conocer sobre las complicaciones del peso, por su trabajo; empieza a indagar y percibe que la joven no se está alimentando adecuadamente, pide ayuda a una psicóloga, quien a sido de mucha ayuda. “El problema es que al enterarnos de lo que estaba pasando llamamos al padre de Valeria y el vino, muy preocupado, conversó por horas con la psicóloga, hizo acuerdos, juró que nunca más se iba a alejar de sus hijos y al volver a Quito, desapareció nuevamente lo que deprimió más a Valeria.

Juana habla profundamente y nos comenta la ayuda que ha recibido: “Creo que la psicóloga nos ha ayudado mucho, pero aún no entiendo cómo pudo pasar. La Valeria vio siempre mi preocupación por esas chicas escuetas que iban a mi gimnasio” “no



sé donde fallé” “Me gustaría que Fernando me dé una mano porque a veces siento que no puedo más” “Cuando me siento sola o siento que me estoy rindiendo acudo a donde la psicóloga y ella me ayuda mucho”

Aparte de la ayuda psicológica que Valeria, su madre y su hermano ha recibido, han acudido a donde una nutricionista y un médico que trabajan juntos de manera relativa, cada uno en su consultorio, pero se informan del caso con mucha frecuencia.

A pesar de que ha pasado un año de tratamiento, Valeria no ha logrado superar su circunstancia y ha debido abandonar el deporte, ya que su delgadez se ha hecho extrema y su requisito calórico mayor al de la ingesta diaria.

Entre las recomendaciones que Juana nos hace están:

Mantener siempre informados de las situaciones que pueden afectar a los hijos, delega al colegio esta información, considera que ellos son los responsables de la educación y el bienestar intelectual de los jóvenes de hoy.

De igual manera sugiere que el gobierno debería implementar campañas de información y capacitación a los jóvenes, para que sepan cuáles son los peligros a los que se enfrentan en la adolescencia y sean asertivos en rechazarlos.

Los entrenadores o profesores de Cultura física, deberían estar bien adiestrados respecto del manejo de adolescentes. “Es tremendo que sean ellos quienes expongan a las chicas a estas circunstancias”

A las madres de familia, que estén siempre pendientes de los hábitos alimenticios de sus hijas y que en lo posible traten de estar presentes en el momento de las comidas. Que jamás sobre valoren el físico que el efímero y que mejor inculquen en sus hijas el respeto a la vida que todos debemos tener.



ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS REALIZADAS A PROFESIONALES QUE BRINDAN ATENCIÓN EN TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN.

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ENTREVISTADO.

Para hablar de la ruta crítica por la que atraviesan las personas que tienen o han tenido Trastornos de la conducta alimentaria, consideramos de gran importancia hacer un estudio del manejo que se da en estos casos. Principalmente se hizo la investigación en la ciudad de Cuenca, aunque se amplió el campo de trabajo a la ciudad de Quito, pues pensamos que en ciudades más grandes existen mayor número de casos que requieren de ayuda, así como mayor número de profesionales que brindan atención en estas circunstancias. A pesar de que existen centros que trabajan en estos trastornos, han habido otros que han debido cerrar su local en vista de la difícil promoción, así como el costo de mantenimiento del mismo; pues las personas entrevistadas refieren un porcentaje alto de pacientes que abandonan el tratamiento o hacen visitas muy esporádicas que no cubren con los gastos operativos de un centro integral que ofrezca atención de primer nivel.

En lo que a Cuenca se refiere, la atención facilitada por profesionales de la rama médica, se hace unilateralmente y no brinda un trabajo integral, que es lo recomendado para la atención de problemas de alimentación como en otros tantos presentados por los adolescentes y el público en general. Bajo estas premisas debemos considerar el costo que deben asumir los padres si en la fase más fuerte de los trastornos se realizan visitas semanales o quincenales a por lo menos 2 expertos que serían el nutricionista y el psiquiatra o psicólogo, cuando los ingresos familiares son cada vez más cortos y los gastos son mayores.

Con las características antes mencionadas, nos embarcamos en una investigación cualitativa que se realiza en base a entrevistas a 15 profesionales de Cuenca y



Quito en el período de enero a agosto del año 2009. Los expertos visitados tienen un promedio de 10 años de experiencia de trabajo en su rama y laboran en distintos centros de Salud, con distintos grupos etarios, y en distintas ramas de la medicina. Observemos el cuadro para una mejor comprensión:

NÚMERO	PROFESIÓN	GRUPO ETARIO
1	Hebeatra	Adolescentes
4	Nutricionistas	Todas las edades
1	Psicoanalista	Niños y adolescentes
5	Psicólogos	Niños y adolescentes o Adolescentes y adultos
4	Psiquiatras	Todas las edades
TOTAL: 15		

De las personas mencionadas en el cuadro, tres entrevistados trabajan en centros que brindan atención en Trastornos de Alimentación, dos se encuentran en la ciudad de Quito y uno en la ciudad de Cuenca. La mitad de los profesionales entrevistados aseguran hacer prevención sobre Trastornos de Alimentación, ya sea a través de charlas, talleres con jóvenes, educación nutricional, artículos o entrevistas en los mass media, pero apenas uno de ellos dice hacer consejería durante la pubertad, trabajo que de hacerlo bien en las oportunidades que todos tienen al atender a adolescentes, cubriríamos un gran número de muchachos que están expuestos a la presión e idiosincrasia social y que son inexpertos en controlar sus emociones y las posibles reacciones que tengan ante una situación negativa que exija un poco de ellos. Uno de ellos muy acertadamente ha enfocado su trabajo de prevención a charlas con los padres, quienes son las personas que deben estar prevenidos, y adiestrados a detectar cualquier anomalía en los hábitos alimenticios de los muchachos. Estos datos nos dan una visión de que es muy poco lo que se hace frente a las recomendaciones internacionales de un manejo integral de Trastornos de la conducta alimentaria.



Del grupo entrevistado, 4 profesionales de distintas especialidades mencionan no necesitar de otros facultativos para la atención de los casos de Trastornos de Alimentación, 8 de ellos remiten a sus pacientes en búsqueda de complementación profesional pero no realizan un trabajo mancomunado entre ellos, lo que nos pone en evidencia que la atención que se brinda no busca un objetivo común sino que se trabaja aisladamente en los diferentes campos que pueden ser de tipo nutricional, psicológico, psiquiátrico, endocrinológico, ginecológico, gastrointestinal, siendo la interconsulta solicitada dependiendo del caso. Como mencionamos anteriormente 3 personas laboran en centros que brindan atención integral en los casos de Anorexia y Bulimia.

Casos atendidos en el último año.

Del número de casos revisados en el último año exponen 87 casos de casos de Anorexia y aproximadamente igual número de Bulimia. 5 de los pacientes atendidos por Anorexia y apenas 1 por Bulimia son varones. Las personas entrevistadas refieren alrededor de 128 pacientes con Trastornos de Alimentación no Específicos, lo que nos demuestra que los casos puros de alteraciones de la conducta alimentaria se presentan minoritariamente en relación a los trastornos no específicos.

Características de la demanda de atención.

Respecto a la solicitud de atención que los pacientes hacen, la generalidad de profesionales manifiestan que estos acuden acompañados a la consulta ya sea por su madre, su padre o en la mayoría de los casos ambos. De igual manera mencionan un número de personas que van acompañados de otros familiares.

Este primer acercamiento puede demorar meses o incluso años desde que se presentan los primeros síntomas de anomalía en la conducta alimentaria. Cinco profesionales nos hablan de alrededor de 3 meses de sintomatología hasta la primera consulta, con un máximo de 5 años de patología antes de acudir a consulta.

Observamos un criterio común respecto a que los pacientes no siempre van por su voluntad, pues muchos de ellos acuden obligados por sus familiares, remitidos por



médicos generales que han detectado el trastorno y pocos remitidos por el colegio al que asisten. Debemos tomar en cuenta que en algunos casos las personas no están conscientes de que existe una alteración, aspecto que se confirma con la actitud de negación que mayoritariamente tienen los pacientes según referencia de los profesionales; así como otros que se sienten descubiertos o agredidos por sus padres al obligarles a asistir a un espacio en donde deben revelar asuntos íntimos que no están dispuestos a hacerlo.

Actitud de los pacientes frente al Tratamiento.

Consideramos relevante mencionar que algunos profesionales han observado un proceso de vergüenza en los adolescentes, y de acuerdo a su opinión ésta se presenta por la implicación social de sufrir una enfermedad como estas, más no por asumir responsabilidades sobre la situación por la que atraviesan. Jacobo Recalde, psicólogo quiteño y profesor universitario, hace referencia a un estado de ego sintonía o ego distonía que mantiene la persona respecto de su condición; aspecto que se refuerza con las manifestaciones que tienen los y las pacientes; en el caso de la ego sintonía la persona se complace inconscientemente de la atención que recibe de sus familiares, tal vez ha conseguido mantener una relación familiar o de pareja que se encontraba deteriorada y ahora ha detenido un proceso de disolución por la enfermedad presente, siente éxito por la baja de peso conseguida o por el ayuno constante o cuantos otros escenarios que le brindan placer. En el caso de ego distonía ellos no están complacidos por el peso o la imagen corporal, las conductas compensatorias respecto a los atracones son incómodas y su personalidad ha cambiado de manera negativa. Este proceso ego distónico que desencadena el trastorno se puede presentar por comentarios negativos recibidos de personas importantes respecto del peso o la apariencia, malestar por sobrepeso, presión social, altas expectativas sociales o un factor que poco atendido por científicos sobre el tema; es el malestar que sienten las muchachas al momento que su cuerpo empieza a cambiar debido al desarrollo puberal, manifestándose con ensanchamiento de caderas, crecimiento de los pechos y acumulación de grasa en diversas partes del cuerpo, situación que causa rechazo en aquellas niñas que desean mantener su cuerpo esbelto, como se presentaba en la niñez, situación que confirmamos con la narración que “Luly” y “Fei” nos hicieron sobre sus experiencias,



de las que hablamos en La Vivencia en la Anorexia y Bulimia en la página 91. Es importante mencionar el rechazo que sienten algunas mujeres al adquirir características físicas relativas a la maternidad, que inconscientemente las perciben como aspectos que las acercan y las equiparan a su madre, ser con quien en algunos casos de Anorexia o Bulimia, las adolescentes llevan una relación distante.

Actitud de los padres frente al tratamiento.

Situación similar viven los progenitores de estos chicos que se cuestionan sobre el papel que han desempeñado como padres y la razón por la que sus hijos atraviesan por esta dolencia. De acuerdo a lo observado por los profesionales entrevistados, podemos concluir que al igual que sus hijos, los progenitores niegan la circunstancia, en ocasiones buscan una segunda opinión, intentando evitar el problema, o simplemente no aceptan razones científicas que demuestran la patología. A la postre aceptan la situación y se proponen a brindar ayuda tanto al terapeuta como a su hijo/a. En ocasiones se involucran tanto que a posteriori serán ellos quienes necesiten de ayuda terapéutica. Unidos a esta aparente aceptación, se puede presentar sentimientos de vergüenza, desesperanza y desolación. No debemos ignorar que hay profesionales que mencionan cierta indiferencia especialmente manifestado por los varones de la familia, quienes se enfrascan en el trabajo extremo y así se aíslan de la problemática familiar, llegando a denominarlos “padres periféricos”. Refieren casos de extrema unión entre el padre y la hija o infidelidad masculina, en la que la madre se siente desplazada, y evita sentirse relegada también por la hija, creando una pugna entre ellas.

No han sido pocos los expertos que mencionen cierta posición inadecuada de las madres respecto a la colaboración que brindan a sus hijas y al tratamiento. Debemos recordar que en muchos de los casos, la relación con la madre es bastante tensa y/o distanciada. Como nos decía Lourdes Lalama, psicóloga de línea cognitiva conductual, la pugna con la madre puede expresarse justamente en el acto de comer. En ocasiones existe una relación muy cercana entre padre e hija, lo que molesta a la madre, se percibe cierta competitividad entre ellas y se ha podido ver que la madre pone a la hija en una encrucijada, que puede desencadenar distintas patologías, entre esas los Trastornos de la Conducta Alimentaria.



Participación de la Familia.

Hemos investigado sobre la participación de la familia dentro de la terapia, a lo que concluimos que mayoritariamente está es positiva, se ve involucramiento de los padres y hermanos y de otras personas que se encuentran cercanas a los anoréxicos o bulímicos, estos se encuentran ávidos de orientación, pues quieren ayudar a que los resultados sean observables a corto plazo, circunstancia que no sucede, pues la recuperación es de largo tiempo, puede cursar con recaídas y la terapia requiere de mínimo seis meses para ser positiva, y sobre todo depende de la apertura de la persona en tratamiento. Es importante referirnos que la participación e involucramiento familiar es una de las cláusulas de tratamiento, requerida por el Dr. José Cruz; para dar atención a sus pacientes.

Algunos médicos aseguran que, tras una mejoría leve de los adolescentes, la madre inconscientemente boicotea la terapia y el avance nutricional (aspecto que por lo general está a su cargo), a fin de no perder el chivo expiatorio de la familia, ya que serán otros los problemas que se produzcan, además se piensa que ellas obtienen resultados positivos por las circunstancias, como retener a un marido que se mantiene en el hogar por acompañar la enfermedad de un hijo o hija y reciben también un estatus social al ser las madres sufridoras, abnegadas por sus hijos.

En ocasiones han sido ellas quienes ha transferido “su problema de peso” hacia las hijas, y no desean que las chicas alcancen un peso sobre el mínimo normal para su edad o talla. De igual manera, según algunos casos observados, son las madres quienes incitan a sus hijos/as a someterse a dietas exageradas o ejercicio excesivo, ya que ellas asisten a un gimnasio por más de dos horas diarias y conservan una silueta esbelta. Debemos anotar el ambiente “light” que se percibe en distintos hogares, ya que las madres, encargadas de ver por la alimentación de la familia, pasan en dieta la mayor parte de su vida y aunque no exijan de sus hijos una dieta constante, ellos aprenden del ejemplo que les da su madre y por qué no decirlo, habrán veces que en la mesa se encuentren solo lechugas para la cena o cualquier tipo de alimento bajo en calorías a fin de mantener el cuerpo esbelto deseado por sus madres, desprotegiendo la necesidad calórica de los niños, los adolescentes y de los adultos también.



Relación de los Anoréxicos y Bulímicos con el medio.

Hemos hablado ya de la relación que mantienen los anoréxicos o bulímicos con sus padres, pero esta relación distanciada y tensa, es generalizada hacia los hermanos y más aún hacia las otras personas que pueden estar cerca de estos individuos. De los 15 profesionales entrevistados, no hay uno que rescate una relación positiva cerca de los pacientes. Mencionan una gran capacidad de manipulación especialmente de los anoréxicos, que mantienen así a sus padres o en ocasiones a los pocos enamorados que pueden tener. Los anoréxicos y bulímicos han desarrollado técnicas admirables de convencimiento y sometimiento hacia las personas que se encuentran a su alrededor, que conllevan un deterioro de las relaciones sociales en general, como de la interacción alrededor de ellos.

TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

Diagnóstico Nutricional.

Si nos adentramos ya en las especialidades médicas con las que hemos trabajado, y el proceso de evaluación que se realiza en cada una de ellas para el diagnóstico de los trastornos de alimentación, debemos mencionar que en el caso de los nutricionistas, la primera pauta para guiar su evaluación es el analizar el estado nutricional de los pacientes. Dentro del trabajo de diagnóstico en el área nutricional es de gran importancia el analizar la historia dietética de la persona, tanto diaria como semanal; ésta consiste en el detalle de la ingesta alimentaria, se puede hacer con la información del día anterior a la cita o se le solicita a la paciente que lleve un registro de los hábitos alimenticios; en la que conste el tipo de alimento, la cantidad, la conducta relacionada con la alimentación, el horario y las circunstancias así como la ingesta de alimentos,. Paralelamente solicitan exámenes de laboratorio que arrojen resultados sobre el nivel de hemoglobina, glucosa, potasio, proteínas, electrolitos, colesterol, triglicéridos, calcio, perfil lipídico, así como TGO, TGP, TSH, T3 T4. En el caso de los psiquiatras, hebeatas y médicos en general existe similitud en los exámenes solicitados, lo que variará son los instrumentos de evaluación para los TCA, que utilicen de acuerdo a su profesión.



Hallazgos de Laboratorio.

Según la experiencia de los médicos y nutricionistas, los hallazgos de laboratorio arrojan resultados similares, con factores de anemia, disproteinemia, hipolipidemia, hipocalcemia, desbalance electrolítico, TG bajos, y con mucha frecuencia procesos de deshidratación ocasionados por la inducción al vómito o uso de laxantes y lavativos.

Diagnóstico Psicológico.

En el caso de los psicólogos se utilizan baterías de test para corroborar un criterio que generalmente se establece ya en las entrevistas con el paciente. Estas pruebas pueden ser de tipo proyectivo, o específicas como el Test de inteligencia de Bender, pruebas de imagen corporal, o protocolos referentes a los hábitos alimenticios, como el de la Universidad de Navarra, España. Es importante mencionar un factor tomado en cuenta por la Psicóloga Lorena Koppel de la ciudad de Cuenca, la observación del ambiente en el que se desenvuelve el individuo, como la entrevista familiar; tienen un gran aporte en la identificación del caso y las características del mismo.

Diagnóstico Psiquiátrico.

Los psiquiatras llegan al diagnóstico a través de la entrevista con el paciente, el examen médico y los criterios diagnósticos dictados por el DSM IV, detallados respectivamente al tratar los temas de Anorexia y Bulimia.

Características de personalidad de los Anoréxicos y Bulímicos.

A pesar de los criterios profesionales que cada especialista utilice para el diagnóstico, hemos hecho un análisis de las características que ellos observan comúnmente en sus pacientes en las primeras entrevistas, los mismos que coinciden ser el miedo o la ansiedad a subir de peso, los hábitos de alimentación inadecuados como jugar con la comida, amenorrea en el caso de las anoréxicas, atracones, vómito y/o uso de laxantes, ejercicio excesivo, estreñimiento y algunas



veces insomnio. Respecto a la personalidad podemos decir que son personas pocos sociables, obsesivos en muchos casos, demuestran autoestima baja, al igual que pensamientos dismorfofóbicos, focalizados en orejas, mentón, nariz, piernas, caderas, entre otros. Debemos resaltar dos criterios sobresalientes en los datos obtenidos; el enfoque mencionado anteriormente por Jacobo Recalde, ego sintonía o ego distonía y la visión psicoanalítica de Saúl Jerves, quien analiza la personalidad de sus pacientes dentro de una estructura de Histeria o psicosis.

Unidos a estos rasgos comunes en los anoréxicos o bulímicos, tenemos algunas comorbilidades presentes indistintamente en algunos casos, entre estas, depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad o trastornos obsesivos compulsivos. El Dr. José Cruz, psiquiatra que trabaja en un centro que brinda atención en Trastornos de la conducta alimentaria, habla de consumo de sustancias en algunos casos, el Dr. Juan Aguilera, psiquiatra cuencano, habla de ocasionales pacientes con bipolaridad; asimismo, la Psicóloga Lorena Koppel refiere presencia de algunos problemas de aprendizaje. Ciertos pacientes atendidos por el Psicoanalista Saúl Jerves han manifestado tener vida sexualmente muy activa.

ATENCIÓN BRINDADA EN ANOREXIA Y BULIMIA

Estudiando las características del tratamiento ambulatorio, hacemos nuevamente una subdivisión por especialidades para poder describir de mejor manera el tipo de atención que se brinda en los Trastornos de la conducta alimentaria.

Nutricionistas

Los nutricionistas se enfocan en la reeducación nutricional, hacen una guía de los alimentos a consumir y el manejo de los mismos, elaboran un horario para las comidas y analizan también los hábitos erróneos que han tenido hasta ahora. Una técnica interesante que queremos recalcar es la utilizada por la Nutricionista Mónica Álvarez de la ciudad de Cuenca, quien es propietaria de un Centro de Nutrición y Estética y trabaja en un Centro de Desarrollo del Potencial Humano, quien nos comenta que en complicidad con la psicóloga y el psiquiatra, engancha a la paciente



por medio de un trabajo en el que inicialmente consigue una ligera baja de peso, pero luego realiza un “sacudón emocional” como ella lo ha nombrado, en el que cuestiona al individuo de las conductas que mantiene y de los objetivos que quiere alcanzar, obteniendo según su criterio buenos resultados en el tratamiento. Manifiestan que al inicio las consultas se realizan semanalmente y paulatinamente se extienden a un período quincenal o mensual después de 6 meses de consulta, alcanzando un promedio de 1 año y medio de atención.

Psiquiatras

Si nos referimos al campo de la psiquiatría, se utiliza la psicoterapia individual unida al uso de la farmacoterapia. Dentro de la psicoterapia, dos psiquiatras con vasta experiencia en el tratamiento de TCA, nos aclaran su manejo en estos casos; el Dr. Guido Pinos, puntualiza que el lineamiento que él utiliza es de tipo cognitivo – conductual. Del mismo modo el Dr. José Cruz, denota que aparte de la terapia individual, el trabaja con terapia familiar, así como grupos de control en Anorexia o Bulimia, detalles que nos explican el manejo integral que dan a los individuos en esta situación. Referente a la farmacopea utilizada, encontramos que 3 de los 4 psiquiatras prescriben antidepresivos ya sea de tipo tricíclicos o Fluoxetina, algunos de ellos podrán aplicar antipsicóticos o ansiolíticos dependiendo del caso. El Dr. Ernesto Aguilar, de línea psicoanalítica; asegura no utilizar productos farmacológicos, pues considera que patologías como estas se superan con la psicoterapia bien aplicada.

Psicólogos

Respecto a los psicólogos tenemos un aparente consenso en la forma de trabajo, pues 4 profesionales se manejan dentro de la línea cognitiva – conductual, todos refuerzan su trabajo con terapia familiar. Jacobo Recalde puntualiza su trabajo en un enfoque constructivista y sistémico. Lorena Koppel habla también de un trabajo en el área social. Dentro de uno de los centros que trabajan concretamente en TCA, emplean la técnica de video terapia, que no solo está enfocada a la solución de estas patologías sino que abarcan temas variados como el poder de la mente, la obsesión, la autoestima, más el consecuente análisis grupal de los temas tratados.



Todos ellos manifiestan saber de medicación utilizado por sus pacientes, pero al no estar este detalle bajo su control, no especifican en medicamento alguno. Si queremos incluir en este punto al trabajo psicoanalítico, la dirección del trabajo se hace en base a los componentes de la personalidad, como son el yo, el super yo y el ello. Tanto los expertos en psiquiatría como en psicología hablan de un tratamiento de aproximadamente 1 año, con sus respectivas excepciones en donde los tratantes abandonan la terapia a corto tiempo de haberla iniciado. El control se realiza al inicio con un intervalo de una semana, para después de haber observado mejoría espaciarlo a 15 días o un mes. De todos los profesionales entrevistados, sacamos un promedio de 1 año para que el paciente haya superado o disminuido notablemente los síntomas ya sean de tipo anoréxico o bulímico.

Internamiento

Para los casos más severos que requieren hospitalización, el criterio unificado para pedir el ingreso, es que la persona presente niveles altos de deshidratación o desnutrición, desequilibrios electrolíticos, signos de autoagresión o estado físico que ponga en riesgo la vida de la persona. Dos encuestados mencionan el IMC por debajo de 16 puntos o pérdida de peso mayor al 40% de lo sugerido para su sexo, edad y talla. El período de hospitalización varía de acuerdo al criterio de los profesionales, tenemos quienes sugieren internamiento en clínicas u hospitales por un período de 10 a 15 días, con un máximo de un mes. Los factores para recomendar estas cifras serán alcanzar un estado nutricional que asegure el bienestar de la persona, recordemos que el alejamiento de la familia no es ya recomendable, a menos que la familia o uno de sus miembros sean nocivos para el individuo, además del factor económico resulta sumamente elevado durante este tiempo, aspecto del cual ya hablamos en el capítulo 1 sobre los tratamientos para Anorexia y Bulimia. Anteriormente se recomendaba el ingreso de anoréxicos o bulímicos en centros de salud mental, a fin de que reciban atención psicológica y psiquiátrica, pasando los pacientes por largos períodos de tiempo, conocemos de casos que han permanecido hospitalizadas por meses o incluso un año, siendo esta situación absolutamente deprimente como ahondaremos en las versiones vertidas por las personas que han atravesado por ésta situación. Hoy podemos ver que el criterio de los psicólogos encuestados continúa por este estilo de tratamiento. Las



características del internamiento hospitalario son fundamentalmente encaminadas a mejorar el estado nutricional del individuo, así como evitar las conductas compensatorias después de la alimentación, la misma que es generalmente de tipo parenteral al inicio, para luego pasar a la reeducación alimentaria. La atención farmacológica está generalmente presente en estos casos para disminuir los aspectos comórbidos presentes en diferentes casos. La psicoterapia queda relegada a un segundo plano, pues como mencionamos anteriormente el objetivo principal es llegar a un equilibrio nutricional en la persona. Se puede trabajar en este momento con la familia que con frecuencia se encuentra desconsolada y requiere de una guía para relacionarse con los pacientes y para atenderlos a posteriori. Los casos que requieren de hospitalización son esporádicos, pero debido a sus características son de difícil manejo y su pronóstico es indefinido.



CAPÍTULO 4



DISCUSIÓN

Como se menciona en el comentario final sobre las narraciones de las mujeres que ha tenido Anorexia y Bulimia, adentrarse en su mundo nos abre las puertas de un universo desconocido, un mundo de mucha fortaleza al hacer ayuno por largos períodos, resistirse a la comida aún teniendo hambre, hacer ejercicio hasta el agotamiento y seguir y seguir luchando por sus ideales, erróneos desde el punto de vista de la cordura... Un mundo de mucha debilidad al no poder manejar su situación, al no poder controlar lo que les pasa en su estado afectivo, en no estar seguras de lo que son... Pero como bien lo dicen muchas de ellas, nunca sabrán en donde estuvo ese punto en el que cayeron y se vieron débiles ante los problemas.

Mal llevado está el tratamiento si lo enfocamos solo a la reeducación alimentaria, o a la distorsión de la imagen corporal, mal llevado está el tratamiento si lo llevamos solo por el lado psicológico... Debemos aunar nuestro esfuerzo para conseguir verdaderos resultados. Cuanta es la ayuda que se ha venido dando a estas personas es algo que nos debe cuestionar en lo profundo de nuestra alma al escuchar testimonios de lo bien que manejaban a los psicólogos, psiquiatras o nutricionistas todas estas pacientes al asentir con la cabeza que están cumpliendo las disposiciones de tratamiento cuando en realidad nos están dando una respuesta que no brota de su verdadero sentir y vivir... En el Ecuador y en Cuenca vemos que la atención que se da es de manera aislada, unilateral, sin poder unificar conceptos y contrastar comentarios para darnos cuenta del engaño en el que podemos haber caído muchos de nosotros al brindar atención en casos como estos.

“Nunca cumplí con el plan de aquellas dietas, solía envolver la comida en servilletas y botarla. Luego vomitaba aunque sabía que no había comido nada. Secaba el más mínimo rastro de grasa, limpiaba los bordes para que todo el mundo viera que yo no comía y que si lo hacía, era una miseria” Fei.



Fernando Fernández y José Turón en su libro *Trastornos de la Alimentación*, nos plantean 5 pasos a seguir para conseguir la motivación de los pacientes, pasos que en una secuencia ordenada y dando el tiempo necesario para enganchar a la persona nos puede dar resultados positivos. La dificultad viene dada por el tiempo de atención que plantean. Bien sabemos que en realidad el número de sesiones a la que asisten la mayoría de pacientes rodea el número 3:

Modelo de los cinco niveles de motivación

1. *Precontemplación.* (no intención de cambio)
2. *Contemplación.* (consciente de los problemas, pensando a cerca de éstos, pero sin la intención de cambiarlos)
3. *Preparación.* (con la intención de cambiar, pero no habiéndolo hecho en el último año)
4. *Acción.* (cambiando conductas, experiencias o el entorno para superar el problema)
5. *Mantenimiento.* (prevención de recaídas y consolidación de logros)

El objetivo de este planteamiento es motivar a la persona, engancharla en el tratamiento y poco a poco obtener resultados de acuerdo a las intervenciones que nosotros como terapeutas damos. Pienso este es un objetivo claro en los profesionales que trabajan en Anorexia y Bulimia en nuestra ciudad, pero son las pacientes quienes han confesado que no han sentido ese enganche, esa motivación y menos aún los resultados que nosotros procuramos con la terapia. El número mínimo de pacientes entrevistadas es una representación de una mayoría, pero coincidentalmente ellas manifiestan no haber sentido cambio gracias al tratamiento requerido, no haber estado motivadas a cambiar, hasta que por sí solos encontraron la luz. Es esta su percepción de lo sucedido, pero hay que pensar que esa decisión de vida estaba precedida de meses o años de tratamiento que de manera inconsciente estuvieron construyendo los cimientos para que ellas puedan hacerlo. Ese es el testimonio de las personas que han salido de la Anorexia y Bulimia, habría que preguntarse qué pasó con aquellas que no salieron de esta situación.



COMORBILIDADES PRESENTES EN LOS CASOS ESTUDIADOS

Depresión

Analizando ya las características de personalidad de estas personas anoréxicas y bulímicas, podemos mencionar a Eckert y colaboradores, quienes piensan que la depresión presente en las pacientes está asociada con complicaciones coexistentes y que esta disminuye con la estabilización nutricional y la recuperación de peso. La depresión mayor se observa entre un 25 a 80% de los casos.

Bien lo dicen Camila o Loló en su relato, la depresión era parte de su vida, cuando estaban deprimidas la una dejaba de comer (Anorexia) y la otra comía sin parar (Bulimia), ambas intentando resolver esa ansiedad creada por su estado de ánimo, por el mal manejo de sus emociones y por el descontrol en su vida afectiva.

Cecilie Raush Herscovici y Luisa Bay en su libro *Anorexia Nerviosa y Bulimia* nos presentan un listado de factores de riesgo para la anorexia nerviosa y entre los factores individuales mencionan que aspectos importantes como la baja autoestima o una autovaloración negativa pueden ser factores de riesgo para la Anorexia, ya que desarrollan estrés en la persona y se da una búsqueda de aceptación exterior por lo que inconscientemente yerran el camino.

Ideación suicida en Anoréxicos

Cecile Rausch Herscovici y Luisa Bay refutan la idea de que los anoréxicos son posibles suicidas, porque en los tratamientos que han realizado, al explicar a los anoréxicos el riesgo de muerte al que están expuestos, esto ha funcionado como un incentivo para que ellos empiecen a comer, pues manifiestan que la muerte no está en sus planes. Una amenaza de suicidio frente a una internación se ha determinado como otra manera de manipulación con sus padres.

En apoyo a este criterio encontramos el emitido por Andrea Weitzner en el libro *Ayudando a personas con Anorexia Bulimia y Comer Compulsivo* que nos explica que la depresión es un factor constante en las 3 patologías mencionadas y que esta se presenta de manera más visible en los casos de bulimia. En los casos de



anorexia y de ingesta compulsiva existe una depresión gradual que no llega al suicidio, a menos que los casos de anorexia cursen de manera combinada con bulimia, en el que la incidencia es mayor.

Es solo uno el caso que hemos observado en las personas entrevistadas que ha presentado intentos de suicidio, muy repetitivos y con gran creatividad e insistencia. El caso que mencionamos se presentó como anorexia pura. No tenemos datos de intento de suicidio o suicidio proporcionados por los médicos tratantes.

Autoestima

El factor de la autoestima no solo se presenta como un factor predisponente en las anoréxicas, está presente también en las bulímicas, quienes no están conformes con su cuerpo y por eso deciden bajar de peso sin lograrlo, en realidad por el mal manejo de los alimentos al que se ven sometidas.

Revisando los testimonios que tenemos, Loló y Camila, ambas bulímicas mencionan no haber estado conformes consigo mismas, la una por querer entrar en un estatus social, la otra por los comentarios ofensivos de su padre. Más aún, ninguna de las 3 mujeres anoréxicas mencionan algo referente a la autoestima, pero esto se refleja intrínsecamente al momento de querer bajar de peso.

La autoestima se ve también disminuida en los casos de las anoréxicas y su autovaloración disminuida influye en su comportamiento:

“Me tenía tan poca autoestima, veía a todas mis amigas llenas de novios y pretendientes y me veía a mí, ya nadie ni siquiera se me acercaba. Nunca quise darme cuenta de que me tenían miedo, de que no sabían que decirme, que no querían lastimarme porque estaba tan sensible, que me tenían pena porque me veían tan enferma, tan delgada, tan frágil, de que no sabían qué hacer para ayudarme, para recuperar a la antigua Fernanda que reía mientras lloraba...”

“Quería que vieran mi fuerza de voluntad, que me admiraran”²⁹

²⁹ Fragmento tomado del relato de Fei para el libro *Viviendo* escrito en el año 2003. (Se omiten datos sobre la publicación a fin de proteger la identidad de la entrevistada)



La Obsesión

El trastorno obsesivo-compulsivo, la tendencia a la depresión o ansiedad y un desorden psiquiátrico, son otros elementos que pueden suscitar la enfermedad como podemos revisar en el presente trabajo en la página 48. Si mencionamos a Rothenberg en 1986 define a los Trastornos de Alimentación como el “Trastorno Obsesivo-Compulsivo de los tiempos modernos”

En los casos estudiados no tenemos la presencia de desórdenes psiquiátricos, pero sí vemos un componente compulsivo muy marcado en los casos de Anorexia así como en los de Bulimia. Tanto Fei, Gabriela y Loló son muy buenas estudiantes, muy responsables, ejemplo de personas, muy capaces en el campo intelectual pero no saben mediar con su afecto o sus emociones. Tanto Fei como Gabriela mencionan hoy haber desplazado su obsesión hacia el estudio, o el trabajo. Aspecto que nos demuestra que el componente obsesivo ha sido superado en el campo de los trastornos de alimentación pero está dando brotes de alarma en otros campos. Según los profesionales entrevistados la obsesión y la compulsión son factores presentes con mucha frecuencia en los Anoréxicos y Bulímicos.

Sexualidad

Existen teorías sobre la evasión sexual producida por la inanición, debido a la presión social y a los conflictos emocionales propios de la adolescencia. Las personas se sienten confundidas y miedosas, lo que les conduce a una regresión psicológica a etapas preadolescentes. Como no existen deseos de establecer una relación sexual, entonces este es un método liberador de esta crisis de identidad. Al restablecer el sistema endócrino, retorna a la normalidad el impulso sexual.

Dos casos que mencionan este aspecto y lo tienen muy presentes en su conciencia son Fei y Camila. Fei recuerda el episodio con su primo y el deseo de no obtener las características físicas de una mujer, de su madre... y concibe el deseo de permanecer niña. Rechazaba la idea de crecer y más aún de tener contacto con



algún varón “Me veía al espejo y me sentía contenta de verme tan demacrada porque así ningún hombre se fijaría en mí ni me haría daño...”

Camila nos comenta su violación y el consecuente deseo de pasar desapercibida en la vida, de querer ser una mujer fea en la que nadie se fijase, para evitar pasar por la situación de violencia nuevamente. Habla también que ha tenido que aprender a contrarrestar esta situación con su marido, un hombre que la desea y la busca constantemente y ella de inicio no sabía cómo manejar esta situación, no sabía cómo dar cariño o cómo comportarse en la vida sexual, porque su inicio en ella fue muy dramático.

Encontramos criterios muy opuestos en la bibliografía, como los descritos por el Instituto Clínico de Buenos Aires³⁰ en los que consideran que la Anorexia es el resultado frente a la defensa ante la satisfacción pulsional como lo dice Melanie Klein, o el resultado de un sexo incipiente, como lo consideraba Freud, conceptos psicoanalíticos que a nuestro criterio sobrevalora la sexualidad e ignora las experiencias personales.

En contraste de esta hipótesis tenemos la teoría conductista que menciona que situaciones como estas son el resultado de una experiencia, en el caso de las entrevistadas una experiencia mala.

Eduardo García en su libro Avances en Trastornos de la conducta Alimentaria menciona que la alteración en el deseo sexual no es un componente único de los anoréxicos, pues este puede estar presente en los bulímicos también, aunque en forma más moderada poniendo en tela de duda el concepto psicoanalítico antes mencionado y abriendo un espectro poco estudiado respecto a los bulímicos.

Relación con la Familia

Es de analizar la falta de comunicación que mencionan los libros respecto a la relación de estas chicas con la familia y nos revelan las mujeres entrevistadas quienes han sentido esta situación en especial con respecto a su madre, ese ahogo en el caso de las anoréxicas, corroborado por Fei cuando nos habla de su madre muy punitiva, Gabriela de su madre controladora y en el caso de Michelle se

³⁰ Instituto Clínico de Buenos Aires, Sexuación y Semblantes, Plural Editores; Buenos Aires; 2002



presenta con su padre, macho dominante en la familia. También queremos mencionar la falta materna en el caso de las bulímicas, situación que menciona Lourdes en la encuesta que se le realiza como psicóloga y asegura al darnos su testimonio como bulímica y lo reafirma Loló al hablar de la afición de su madre hacia el juego, así como Camila cuando nos habla de su madre presente físicamente, pero desubicada ante las necesidades de los jóvenes.

Son diversas las teorías sobre las características de una familia con pacientes anoréxicos, unas, como el psicoanálisis sostiene la presencia de una madre controladora y a la vez tierna y el nombre del padre, el mismo que es otorgado por la madre y coincide en ser un cálido y pasivo.

La teoría psicológica centrada en el Yo contempla que la niña anoréxica intente satisfacer excesivamente los deseos de una madre poco afectiva, acercándose también al padre para llenar sus necesidades de cariño y apego, situación que por lo general se da en la niñez.

Cinco de las seis participantes en nuestras entrevistas refieren tener o haber tenido una relación muy estrecha con su padre menos Luly quien menciona que el siempre se mantuvo alejado, dedicado al trabajo.

La terapia familiar descrita en los libros sobre la Anorexia, los signos y síntomas, como la explicada por los profesionales encuestados demuestra que si bien no existe una marcada disfunción familiar, la dinámica persistente es compleja, identificando dos tipos de familias, muy sobre protectoras o extremadamente descuidadas. Podemos describir a la interacción como la presente en una unidad funcional con una persona sintomática, este caso el joven anoréxico. A las familias anoréxicas se las puede describir como aparentemente felices y cohesionadas, sin embargo esconden inseguridad, falta de intimidad entre los padres, difícil relación entre los miembros, excesiva protección e incapacidad de resolución en conflictos. El papel de los anoréxicos es llevar la atención familiar hacia ellos y reemplazar los conflictos internos por sus síntomas, que son utilizados también como aspectos estabilizadores para esa pareja paterna tambaleante.

Recordemos que en el caso de Fei, Gabriela y Michelle, todas anoréxicas, sus padres gestionan un divorcio poco antes de que ellas presenten los síntomas.



Debemos mencionar también el testimonio de Fabián quien dice no haber recibido ayuda alguna. Menciona más bien haberse sentido muy solo y no haber tenido una guía cuando en su racionalidad intentó resolver el problema de Fei como médico y no como padre.

Tendencia a la Obesidad previa a la Bulimia

Bruch observó que las personas con Bulimia son generalmente obesas antes de presentar dicho trastorno, posteriormente consiguen perder los kilos demás y lucir una figura esbelta, sin embargo siguen pareciéndose a las personas obesas por sus conflictos no resueltos y expectativas exageradas. Los bulímicos consideran que el aspecto físico es el causante de sus dificultades y creen que controlando el peso lograrán arreglar sus vidas. La pérdida de peso no logra producir en ellos la confianza deseada, el éxito y la felicidad que buscan a través del físico, no es la respuesta a sus problemas, pero ellos no lo perciben de esta manera.

Evidenciamos lo antes mencionado con la narración de Loló, Luly y Camila, las tres bulímicas con antecedentes de haber sido niñas rellenitas y no sentirse aceptadas por su físico.



CAPÍTULO 5



RECOMENDACIONES

Debo empezar dirigiéndome a los adolescentes, motivo de esta investigación. Valorar su físico al igual que su espíritu, y no basar la autoestima solo en el físico. Concientizarnos de que la imagen corporal es importante para la homeostasis psíquica, pero no es el centro de la misma.

Buscar un equilibrio entre la alimentación y el ejercicio. Disfrutar de los momentos de alimentación como los de esparcimiento, compartir con los demás, y buscar actividades socializadoras y de auto afianzamiento.

Hacer uso de su capacidad de discernimiento para elegir lo mejor y más conveniente para la vida, y rechazar todo spot publicitario o comercial que induzca a una sobrevaloración del cuerpo, haciendo de este un culto sin sentido y sin salida.

Es primordial que los padres de familia permanezcan mayor tiempo con sus hijos, o en caso de no ser posible tengan a algún adulto presente en la crianza de los chicos. La presencia de los progenitores es un factor protector ante los riesgos presentes en la sociedad. Además se recomienda que busquen la manera de no perder contacto emocional con los jóvenes, mantener el diálogo, brindar confianza y consideración entre padres e hijos, para que en caso de ser necesario, estos sean capaces de acudir a sus progenitores y pedir ayuda.

Los padres deben estar atentos a cualquier cambio dramático en la contextura y en el comportamiento de los adolescentes, a fin de buscar ayuda y evitar que patologías como estas avancen hasta perder el control o tener consecuencias fatales.

El papel de las madres de familia es de vital importancia. Somos las encargadas de la alimentación de la familia, por ende debemos buscar información sobre el requerimiento y el balance nutricional que debe tener cada miembro de nuestra



familia. Otro aspecto importante es analizar nuestro estilo de vida y la importancia que como mujeres damos al cuerpo o la apariencia física, pues los hijos aprenden de nuestro ejemplo y serán esos saberes de los que tomen información para intentar encarar la vida. No hacer de los jóvenes objeto de manipulación para alcanzar deseos reprimidos o relegados y mucho menos competir con ellos.

No exponer a las adolescentes a situaciones de tortura o sobre exigencia para alcanzar aspectos no alcanzados en su adolescencia, y evitar la proyección de fallas en su autoestima, característica común en los muchachos con Anorexia y Bulimia. Menos aún realizar comparaciones grotescas en las que asimilan a los muchachos con animales corpulentos.

Paralelamente a la participación de los padres, los profesores; adultos que se encuentran a cargo de los adolescentes debemos tener conocimiento sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Los tutores o autoridades de un colegio deben estar capacitados sobre estas patologías a fin de llamar la atención de estos jóvenes cuando evidencien cambios de peso o de conducta significativos. Esta preparación no debe abarcar solo los efectos negativos de la Anorexia y Bulimia, sino especialmente debe contar con la preparación en los aspectos positivos de la Adolescencia como tal. De igual manera, deberíamos estar alerta de los hábitos de alimentación de los muchachos al momento del recreo, para dar la alarma al Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil o al Departamento Médico, en caso de ser necesario. Recordemos que nuestro papel no es solo el de ser instructores o guía en la materia que impartimos, sino sobre todo debemos acompañar a los chicos en un proceso de maduración y adquisición de conocimientos a través de la práctica de ensayo error, que se suscita en la adolescencia, respecto de dediciones y conductas de vida.

El DOBE de los colegios conjuntamente con las autoridades deben auspiciar eventos de conocimiento sobre la Anorexia y la Bulimia y especialmente sobre las características de la Adolescencia, para que los estudiantes estén conscientes del riesgo que patologías como estas implican y además estén preparados para reconocer síntomas anómalos en alguna persona cercana, para una pronta notificación a las personas encargadas. Siempre será más fácil para un adolescente reconocer anomalías en sus amigos, ya que el período diario de convivencia entre



ellos es elevado, como la confianza que se tienen entre ellos como para notar cualquier manifestación de AN o BN. Igualmente deben generar espacios en donde hablar sobre la imagen corporal y la valoración de esta. Estos espacios deben ser compartidos con padres de familia y profesores para tener un círculo cerrado de conocimiento.

A los médicos, nutricionistas y psicólogos que dan consulta de forma aislada, crear equipos multidisciplinarios de trabajo, a fin de conseguir una atención integral tan anhelada. Establecer tarifas de atención a pacientes que se encuentren en interconsulta con otros profesionales, tomando conciencia de que mayor será el número de pacientes que toque nuestras puertas mientras seamos conscientes de el costo económico que representa para una familia el acudir a terapia con cada profesional. Aparte debemos tomar en cuenta la dificultad de convencer a los anoréxicos y bulímicos a que busquen ayuda o acudan a sus citas, lo que pone a los padres en una encrucijada tensionante y emocionalmente exhaustiva.

Posteriormente de buscar una solución al trabajo unilateral, no solo brindar servicio a la persona en cuestión, sino dar también atención a los padres y a toda la familia. Una patología como la Anorexia o la Bulimia no afecta a una persona, arrastra a padres y hermanos en una lucha constante contra la muerte, por lo que es necesario prestar ayuda a aquellos seres que estoicamente soportan el dolor y controlan a un sujeto que inconscientemente busca la autodestrucción.

Haciendo eco de recomendaciones emitidas por los padres de estas jóvenes, lograr una política estatal que controle los medios de comunicación y la difusión de publicidad destructiva que imbuye a los adolescentes a creer que el éxito social se encuentra a través de la apariencia delgada y esbelta.



CAPÍTULO 6



ANEXO 1

GUIA PARA LA ENTREVISTA A PERSONAS QUE HAN TENIDO TCA

1. Datos de Información.

Trastorno que presentó.

Edad de la aparición del trastorno.

Relación con los padres en ese momento.

Motivo desencadenante de la enfermedad.

Cual fue el motivo que despertó la atención de tus familiares, y su reacción frente a este.

Cual fue la reacción que ellos tuvieron frente a la enfermedad.

Como te sentías en lo emocional

Cuáles eran las expectativas que usted tenía con el tratamiento

2. Datos sobre la atención.

Cual fue la ruta crítica de tu atención.

¿Cuánto tiempo te tomo aceptar que necesitabas ayuda?

Cuánto tiempo duró el trastorno.

Bajo qué circunstancias se agudizaba tu condición.

Cuál fue el tratamiento que recibiste. Profesionales. Tipo de terapia medicamentos. Duración.

Experiencias con los profesionales.

Aspectos relevantes positivos y negativos.



Como consideras la atención recibida. Cuáles son los pros y los contras. Que te disgustó, que fue lo que te sirvió más.

¿Recibiste apoyo de la familia en la terapia?, de quién y cómo.

Sugerencias para una atención personalizada e integral.

Que otra cosa me podrías decir de la que no hayamos hablado.



ANEXO 2

MAESTRIA EN SALUD INTEGRAL DEL/LA ADOLESCENTE.

CONCENTIMIENTO INFORMADO.

ESTUDIO DE LA RUTA CRITICA EN ANOREXIA Y BULIMIA.

INFORMACIÓN PARA EL POSIBLE PARTICIPANTE.

- a. La investigación tiene por objeto el obtener datos para analizar la atención brindada en el Ecuador en los casos de Anorexia y Bulimia.
- b. Se realizarán entrevistas semi dirigidas, con el fin de conocer la ruta crítica de la enfermedad, atención que recibieron y pautas sugeridas para mejorar la misma.
- c. Existen beneficios y riesgos derivados del estudio, así como pueden darse acontecimientos adversos y ajenos a nuestra voluntad. Se realizarán algunas visitas, para poder completar la información requerida.
- d. El carácter de su participación es voluntario, existe también la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que por ello se produzca ningún perjuicio en su contra.
- e. Se mantendrá total confidencialidad sobre la información que usted nos brinde sobre el proceso de la alteración alimenticia y la atención que usted haya recibido para la superación de la misma.
- f. La investigadora es responsable de la información que usted nos propicie, así como de contestar sus dudas e inquietudes sobre el estudio, facilitándole desde el comienzo los datos necesarios para su ubicación en el caso de requerirlo.

Fecha:.....

Yo,..... habiendo leído la información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio, he hablado con la Psc. María Cristina Proaño C., como investigadora.

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones sobre mis hechos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante.....



ANEXO 3

ENTREVISTA A FAMILIARES

1. Datos de Información.

Relación con el paciente.

Trastorno que presentó.

Edad de la aparición del trastorno.

Relación con los padres en ese momento.

Cuál cree que fue la causa de trastorno

Motivo desencadenante de la enfermedad.

Cuál fue el motivo que despertó su atención.

Cuál fue la reacción que tuvo frente a la enfermedad.

Ha habido otros casos en a familia.

2. Datos sobre la atención.

Cual fue la ruta crítica de la atención recibida.

Después de cuánto tiempo buscaron ayuda profesional.

Circunstancias en los que se agudizaba tu condición.

Cual fue el tratamiento que recibido. Los Profesionales que intervinieron. Tipo de terapia medicamentos. Duración.

Experiencias con los profesionales.

Aspectos relevantes positivos y negativos.

Como considera la atención recibida. Cuáles son los pros y los contras. Que te disgustó, que fue lo que más le sirvió.

Sugerencias para una atención personalizada e integral.



ANEXO 4

ENTREVISTA A PROFESIONALES EN GENERAL QUE BRINDAN ATENCION EN TRASTORNOS DE ALIMENTACION.

1. DATOS DE INFORMACION

Nombre. _____

Profesión. _____

Nombre del Centro donde trabaja. _____

Dirección. _____ Teléfono _____

Ciudad. _____ E-mail _____

Tiempo de Funcionamiento o atención. _____

2. ÁREAS DE TRABAJO.

Población a la que atienden

Niños _____ Adolescentes _____ Adultos _____

Ancianos _____ Todos _____ Otros _____

3. DATOS REFERENTES A LA ATENCION DEL ÚLTIMO AÑO (2008).

Datos de incidencia de los Trastornos de Alimentación.

Número de pacientes por enfermedad y por sexo.

NÚMERO	TRASTORNO	SEXO
--------	-----------	------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ha sido necesario aporte de otros profesionales. SI NO

Cuáles _____

Equipo multidisciplinario con el que trabaja. (Organigrama).



Como persona, realiza prevención en trastornos de alimentación. SI NO
Cómo _____

4. DATOS DE CONSULTA.

Manifestaciones Clínicas de los pacientes en la primera cita.

Criterios que se aplican para el diagnóstico _____

Asiste acompañado SI NO Por quien _____

Acude por su deseo SI NO Consulta por un familiar _____

Persona que refiere al paciente.

M. general _____ Padre _____ Colegio _____ Otros _____

Proceso de evaluación que se realiza.

Comorbilidad existente con los trastornos.

Adicciones. SI/NO

Alcohol _____ Drogas _____ Medicamentos _____ Otros _____

Tiempo desde que el paciente o el familiar reconoce el inicio de la enfermedad hasta la consulta. _____

Tiempo desde el inicio de la consulta hasta la recuperación de los síntomas.

Criterios para la Hospitalización.

Tiempo promedio de Hospitalización.

Características del Tratamiento Hospitalario.

Tiempo promedio de control ambulatorio.



Características del Tratamiento Ambulatorio.

Medicación utilizada.

Exámenes de laboratorio solicitados.

Hallazgos de laboratorio y Gabinete más frecuentes.

5. FACTORES PSICOLOGICOS

Actitud del adolescente frente al trastorno.

Aceptación _____ Negación _____ Indiferencia _____
Vergüenza _____ Otros (Cuáles) _____

Actitud de los familiares frente al trastorno del chico/a.

Aceptación _____ Negación _____ Indiferencia _____
Vergüenza _____ Otros (Cuáles) _____

Situación más frecuente que desencadena o da inicio a los trastornos.

Relación con la Familia (Buena, mala, regular)

Padre _____ Madre _____ Novio/a _____
Hermanos/as _____ Otros _____

Participación de la Familia en el tratamiento de recuperación.



BIBIOGRAFÍA CONSULTADA

LIBROS

1. DULANTO, Gutiérrez, E.; El Adolescente; McGraw-Hill Interamericana Editores S. A; México; 2000; 120 123 p
2. DUKER, M.; SLADE, Roger; Anorexia Nerviosa y Bulimia; Editorial LIMUSA; México; 1992; 318 p.
3. FERNANDEZ Aranda, F. TURON, Vicente; Trastornos de la Alimentación; MASON S.A.; 1999; Barcelona; 121, 298 p.
4. FRENCH, B.; La Bulimia; Ediciones ONIRO S.A.; 1999; Barcelona. 21, 37, 53, 233 P.
5. GARCÍA E; Avances en avances en Trastornos de la Conducta Alimentaria, Masson; Barcelona 2007; p 176.
6. GORALI, V., Estudios de Anorexia y Bulimia; ATUEL-CAP; Buenos Aires; 2000; 190 p.
7. GORDON, R.; Anorexia y Bulimia; Editorial ARIEL S.A.; 1994; Barcelona; 251 p.
8. HODGSON M., Evaluación nutricional, riesgos nutricionales, Pediatra. Pontificia Universidad Católica de Chile.
9. Instituto Clínico de Buenos Aires, Sexuación y Semblantes, Plural Editores; Buenos Aires; 2002
10. KAPLAN, H., SADOCK, B; Compendio de Psiquiatría; Segunda Edición; SALVAT; 979 p.
11. NARANJO, J, Diagnóstico situacional de la población de adolescentes y el marco conceptual para su atención integral, Quito, 1999 – 2000 pag 19.
12. NEMEROFF, C, SCHATZBERG, A; Recogniton and Treatment of Psychiatric Disorders; Special Edition; AMERICAN PSYCHIATRIC PRESS, Inc; Washington, 2001; 269 p.
13. Normas y procedimientos para la atención integral de salud para adolescentes, ministerio de salud pública del ecuador, 2009, pag 27
14. PICHOT, Pierre y otros; DSM IV; MASON S.A.; 1995; Barcelona; 563 – 564, 908 p.



15. PINOS, G; Psicología Médica. Hacia una Práctica Integral de la Medicina; Facultad de CC.M. de la Universidad de Cuenca; 1999; 178 p.
16. RAICH, R; Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios; Reimpresión; EDICIONES PIRAMIDE, S.A.; 1996; Madrid; 144 p.
17. RAUSCH H C, BAY, L; Anorexia Nerviosa y Bulimia; PAIDOS; Buenos Aires; 2000; 55 – 57p, 198 p.
18. SARANSON, I, SARANSON, B; Psicología Anormal; Séptima Edición; HISPANOAMERICANA S.A.; México; 675 p.
19. SELVINI P, Mara, SELVINI, S; Muchachas Anoréxicas y Bulímicas; PAIDOS; 1999; Barcelona; 237 p.
20. TANNENHAUS, N; Anorexia y Bulimia; P&J Editores; Barcelona; 1995, pag 113, 124 – 125, 127 - 133
21. TORO, R, JEPEZ, L; Fundamentos de Medicina; Tercera Edición; Corporación para Investigaciones Biológicas; 1997; Medellín; 412 p.
22. WEITZNER A; Ayudando a personas con Anorexia Bulimia y Comer; Editorial Pax; México; 2008

INTERNET

23. dpuchol@yahoo.es
24. gonzalomorande.eresmas.net/mesa.htm
25. GUELAR, Crispo, Higiene de la alimentación, **ISBN:** 84-7432-813-6
26. LOFRANO, Víctor Hugo; Apuntes sobre Patologías Actuales: Anorexia y Bulimia.
27. LOFRANO, V ¿Qué es la Bulimia?
28. LOFRANO, V; Tratamiento de Orientación Múltiple en Bulimia y Anorexia.
29. MANDOMINGO, M, Psiquiatría del niño y del Adolescente, Pag 523. Julio 30, 16h40
30. MARCELLACH G; www.ciudadfutura.com. Trastornos Alimentarios.
31. Trastorno del Comer: Anorexia y Bulimia Nerviosa.
32. www.adolec.org
33. www.eatingdisorders.com.mx/prevention.htm
34. www.globe.com/trastornos-de-alimentacion.
35. www.juvat-ellenwest.com



36. www.lanzadera.com
37. www.latinoseguridad.com/salud
38. www.mec.es/cide/publicaciones/textos
39. www.noah-health.org. Bulimia Nervosa.
40. www.ortorexia.com
41. www.orthorexia.com
42. www.paho.org
43. www.tuotromedico.com. Bulimia.
44. www.vidaemocional.com/index.php?var=13,03
45. www.findrxonline.com/rss/articles/ortorexia-obsession.htm
46. www.consumer.es/web/es/alimentacion
47. www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=19891
48. <http://jcpinto.es.en.eresmas.com/index4.html>; Moreno Amparo, El desarrollo psicológico del adolescente. Febrero 2, 2009 11h34
49. <http://books.google.com.ec/books?id=l1prN154iFgC&pg=.PA523&dq=Epidemiología+Anorexia>. Julio 30, 2009 16h35
50. <http://books.google.com.ec/books?id=1qydXD4onKEC&pg=PA684&dq=Anorexia+signos+sintomas&lr=> Julio 30, 2009 17h25
51. <http://books.google.com.ec/books?id=dLJ7vmXqWdYC&pg=PA188&dq=sindrome+de+sheehan+y+anorexia>. 30 de julio de 2009, 17h57
52. http://books.google.com.ec/books?id=JS1mw_n5Y-gC&pg=RA1-PA17&dq=adolescencia+y+conductivismo&cd=2#v=onepage&q=adolescencia%20y%20conductivismo&f=false. 14 de enero de 2010. 17h05
53. <http://books.google.com.ec/books?id=TdBTOJHK4sIC&pg=PT61&dq=adolescencia+y+conductismo&cd=2#v=onepage&q=adolescencia%20y%20conductismo&f=false> 14 de enero de 2010. 18h07.

REVISTAS

54. APPOLINARIO, José, y Cols, “Trastornos Alimenticios: Fundamentos Históricos”, Revista Brasileña de Psiquiatría, Volumen 24, Suplemento 3, Trastornos Alimenticios, Diciembre 2002. Pag 3, 5, 21, 39-40, 44-47, 60-61.
55. Revista Trastornos de la Conducta Alimentaria; Traducción española; Medical Trens SL. 2000. pag 75